

# Uso de Mental Health First Aid para educar sobre salud mental en adolescentes: revisión narrativa.

*Use of Mental Health First Aid to educate on mental  
health to adolescents: narrative review*

## Trabajo de Fin de Grado

05/05/2020

Autora: Jeremy Teresa Detan Genebrozo

**Tutora:** María Teresa González Gil

4º Grado de Enfermería.

Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina





## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente, gracias a mi familia universitaria, esas personas que se han convertido en parte imprescindible de mi viaje durante estos cuatro años de carrera. Juntas hemos superado muchísimos obstáculos día a día y, durante estos últimos meses, probamos tener una fortaleza y capacidad de adaptación siniguales, recuerdos que nos acompañarán toda nuestra vida.

Gracias a mis padres, los cuales han procurado ser mis mayores animadores y a la vez mis entrenadores más estrictos, empujando mis límites más y más sabiendo que sabría superarlos. Valores como la persistencia y la resiliencia han sido base fundamental de mi crecimiento y, aunque haya flaqueado en ciertos momentos, han estado ahí para levantarme e impulsarme a seguir.

Gracias aquellas personas que trabajan en el servicio de la Biblioteca, que durante este último año han sido uno de mis mayores aliados para terminar este rotatorio y siempre mostraban disponibilidad y amabilidad a atender todas mis dudas.

Por último, gracias a Teresa, mi tutora del TFG, mi tutora del Erasmus, también coordinadora de mis últimas prácticas como alumna...Inexplicablemente nuestros caminos se han cruzado mucho en el último año. Has sido una guía maravillosa y un apoyo incomparable para mi gran equipo de las Urgencias. Por ayudarnos a reflexionar e ir más allá en cada situación que se nos presentase. Por mostrar gran paciencia y compromiso durante todo este tiempo que hemos compartido juntas, dentro tu siempre ocupada agenda. Gracias por recordarme que debo confiar en mis decisiones y mostrarme un modelo de compromiso con la profesión enfermera que siempre tendré en mente.



**Contenido**

RESUMEN/ABSTRACT ..... 1

INTRODUCCIÓN .....3

METODOLOGIA..... 13

RESULTADOS .....20

DISCUSION.....30

CONCLUSIÓN .....35

BIBLIOGRAFÍA .....36

ANEXOS.....41

## **RESUMEN/ABSTRACT**

### **RESUMEN**

**Introducción.** La promoción y protección de la salud mental es esencial para cuidar íntegramente la salud de la población. Para ello, desde edades tempranas, la educación en salud mental favorece una plena inclusión de personas con algún trastorno de salud mental y la construcción de comunidades saludables para todos. La adolescencia es una etapa de desarrollo personal adecuada para consolidar estos valores. Intervenciones educativas a nivel comunitario permite conseguir beneficios tanto en el individuo como el entorno. El programa formativo *Mental Health First Aid (MHFA)* se ha propuesto como intervención para atender estas premisas. **Objetivo.** Explorar la eficacia del programa *MHFA* aplicada en el ámbito escolar sobre los adolescentes. **Método.** Se realizó una revisión narrativa mediante la búsqueda en las bases de datos PubMed, CINAHL, PsycINFO y Cochrane. Se emplearon artículos publicados en los últimos 10 años, principalmente en inglés, sobre los cuales se realizó una lectura crítica. **Resultados.** Los adolescentes manifiestan falta de información sobre aspectos relacionados con la salud mental y, aunque su círculo social sea la fuente de ayuda preferente, perciben falta de preparación para ayudar a alguien con un trastorno o crisis mental. *MHFA* atiende a estas necesidades, aumentando así su confianza y disposición en ayudar. Dentro del ámbito escolar, su aplicación en el personal docente aumenta su disponibilidad como fuente de ayuda y favorece la construcción de espacio seguros para la salud mental. **Discusión y conclusiones.** Es necesaria la implantación de intervenciones como *MHFA* para educar a la población y favorecer que la comunidad sea una red de apoyo y ayuda de calidad. Las enfermeras escolares pueden contribuir en su implementación y facilitar el compromiso de los centros escolares con la salud mental.

**Palabras clave.** Salud Mental. Primeros auxilios. Adolescente. Instituciones académicas. Alfabetización en salud. Apoyo social. Enfermera escolar.

## **ABSTRACT.**

**Introduction.** Mental health promotion and protection is essential to take full care of the population's health. From an early age, mental health education supports full inclusion of people with a mental health disorder and the construction of healthy communities for everyone. Adolescence is a period of personal development, suitable to consolidate these values. Educational interventions at the community level benefit both to the individual and the environment. The Mental Health First Aid (MHFA) training program has been proposed as a possible intervention to address these premises.

**Objective.** Explore the efficacy of MHFA training program applied in the school environment on adolescents. **Methods.** A narrative review was carried out by searching in PubMed, CINAHL, PsycINFO and Cochrane databases. Articles from the last ten years and published in English were mainly used. They were analysed through critical reading. **Results.** Adolescents express lack of information on aspects related to mental health and, although their social circle is the preferred source of help, they perceive lack of preparation to help someone with a mental disorder or crisis. MHFA addresses these needs, thereby increasing their confidence and willingness to help. Within the school environment, its application in teaching staff increases their availability as a source of help and their support to construct safe spaces for mental health. **Discussion and conclusions.** The implementation of interventions such as MHFA is necessary to educate the population and encourage the community to be a quality support and aid network. School nurses can contribute to its implementation and facilitate schools' commitment to mental health.

**Keywords.** Mental health. First aid. Adolescent. Schools. Health literacy. Social support. School nursing.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud mental ha ido ganando reconocimiento con el paso de los años. Desde el contexto médico asistencial, tradicionalmente se ha definido salud como la ausencia de enfermedad, concepto que la OMS en 1946 matizó como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(1). Esta definición ofreció aspectos innovadores al definir la salud en términos positivos y añadir el área mental y social a la puramente biológica aceptada hasta entonces. Por lo tanto, la salud no estaría completamente atendida si se descuida esta parte de la misma. La evolución del tratamiento de la salud mental ha pasado también por diversas fases, pues se solía pensar, desde la perspectiva biomédica, que al hablar de salud mental se refería a "enfermedad mental", de modo que la focalización es en el tratamiento del trastorno mental pero no en el de la salud en sí (2).

Actualmente la OMS define salud mental como "estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"(2). Sin embargo, hay tantas definiciones como apreciaciones de la salud mental. Cada cultura y sociedad tendrá una conceptualización distinta de la salud mental, y puede abarcar desde bienestar subjetivo, percepción de la propia eficacia, la autonomía o autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Para poder canalizar todos esos conceptos, que se alejan del modelo biomédico clásico, se reúnen varios enfoques en torno a un concepto denominado "salud mental positiva" (2,3).

Históricamente se ha desarrollado el concepto de salud mental positiva desde distintos puntos de vista y se ha ligado íntimamente con el constructo "calidad de vida". Entre estas ideas podemos destacar tres propuestas conceptuales. Primeramente, este concepto aparece en la literatura con el trabajo de Jahoda en 1958, que explicó la salud mental desglosándola en tres áreas: autorrealización (capacidad para explorar todo su potencial), sentimiento de control sobre el entorno y autonomía para identificar y resolver problemas (3). Posteriormente, Antonovsky en 1979 propuso el enfoque salutogénico, es decir, la "génesis de la salud". Se definió como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, siendo el individuo capaz de ordenar sus conocimientos y percepciones sin importar el caos interno para



responder positivamente ante situaciones de estrés. En este enfoque, la persona posee unos Recursos Generales de Resistencia (RGR), que son recursos personales, interpersonales o contextuales (hábitos saludables, apoyo social, situación económica, tradiciones y visión de vida, entre otros), a los que pueden recurrir los individuos en casos de necesidad y los cuales utiliza con el Sentido de Coherencia (SC). Según esa capacidad podrá responder positivamente a los sucesos estresantes (4).

Otro aspecto relacionado con la salud mental positiva en la personalidad es el concepto optimismo/pesimismo, propuesto por Scheier y Carver (1985) como la tendencia a experimentar eventos positivos o negativos en la vida y concluyeron mayormente que el optimismo es beneficioso para la salud física y mental, ya que tienen mejores mecanismos de afrontamiento como la aceptación de la realidad y la confianza en sí mismo y adoptando prácticas saludables positivas (3).

Por último, se relaciona salud mental positiva con la resiliencia, que se define como la capacidad para enfrentarse a la adversidad y evitar el colapso y puede diferir entre personas. Este concepto y los mecanismos de afrontamiento que atañe han sido estudiados por numerosos investigadores. Michael Rutter, padre de la psicología infantil, en los años 70 postuló que la resistencia al estrés es relativa, cuya base es producto de la interacción entre medio ambiente y la constitución del individuo (3).

Todos estos aspectos hacen referencia a los factores protectores de la salud mental individuales, definidos por la OMS, con los cuales nos enfrentamos a los factores estresantes. Desde un punto de vista más global, se encuentran los factores sociales, familiares y ambientales, como la capacidad para afrontar su mundo social, la tolerancia a la diversidad y la responsabilidad mutua. Entran en juego en este nivel las experiencias positivas de lazos afectivos tempranos, comunicación y sentimientos de aceptación. A nivel del entorno, el desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables proporcionan un ambiente de seguridad y protección, experiencias educativas positivas, buenas condiciones laborales y una infraestructura política de apoyo. Asimismo, permite la autodeterminación y el control de la propia vida y proporciona validación comunitaria, apoyo social, modelos de roles positivos y la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, afecto y alojamiento. En este sentido, la comunidad funciona como red de soporte y ayuda primaria del individuo. Por ello, los

objetivos en la promoción de la salud son fomentar los factores protectores y evitar su ausencia o déficit (3,5).

Una persona con un trastorno de salud mental puede ser vulnerable o sentirse vulnerable en su entorno, con matices importantes en cada una. Las poblaciones vulnerables son aquellas que están bajo riesgo de pobre salud física, psicológica y/o social. Se define a un grupo como vulnerable en función de si sus necesidades sean debilitantes, que no puedan ser cubiertas por las políticas financieras y sociales actuales, si requieren atención exhaustiva de servicios sanitarios y no sanitarios, y el aumento de las demandas en cuidado médico, salud pública y servicios sociales. Por todo ello se ha definido a las personas con trastornos mentales como uno de esos grupos. Además, se debe entender que la vulnerabilidad es experimentada como una dimensión de la calidad de vida y de los desafíos. Eso va más allá del hecho de estar "en riesgo", puesto que la sociedad ve a la persona como vulnerable y la persona se siente como tal. En estos grupos, el apoyo social es un importante recurso para tratar y minimizar el impacto de eventos vitales negativos en su salud física y mental (6).

Una persona con un trastorno de salud mental que esté expuesta a factores de riesgo sin ninguna protección que lo respalde está más predispuesta a que el curso de su enfermedad sea peor que si esos factores de protección estuvieran desarrollados. A su vez, una persona que está expuesta a factores de riesgo y no tiene factores de protección desarrollados puede llegar a ser vulnerable a nivel mental. Por tanto, es necesaria la promoción de la salud mental, utilizando un enfoque en la salud mental positiva y sobre la comunidad, tanto en aquellos que pueden llegar a ser vulnerables de padecer una patología de etiología psiquiátrica como empoderar a aquellos con trastornos de salud mental y potenciar sus recursos en el entorno (3).

La promoción y protección de la salud mental de la población son condiciones imprescindibles para el desarrollo económico y social, desde la declaración de Alma Ata (2). Por ello se desarrollan distintos planes y estrategias que faciliten su abordaje. La OMS implementó en la 66ª Asamblea de la Salud global el plan de acción de la salud mental *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*, para plantear líneas estratégicas que guíen en este sentido. Para comprobar su implementación y estudiar qué recursos y servicios proveen los países a la población, publica un Atlas de la Salud Mental de manera periódica. En su última publicación en 2017, se ha visto un

aumento de la concienciación y la implementación de servicios de salud mental en el mundo, los cuales la mayoría están destinados a mejorar los conocimientos sobre la salud mental o combatir el estigma por el que pasan (7).

En Europa, se desarrolló en 2016 el Marco Europeo para la Acción en Salud Mental y Bienestar, donde se discute la puesta en práctica de políticas de prevención y atención a la salud mental con el fin de mejorar el tratamiento y la inclusión de personas con trastornos mentales. Vienen definidos los factores por los cuales las personas que padecen un trastorno de salud mental no están adecuadamente tratados, entre los que se encuentran el estigma sobre la salud mental y la falta de concienciación y conocimiento de la sociedad sobre la salud mental (8). En España, las intervenciones implementadas para la promoción y prevención de la salud mental vienen descritas como primera línea estratégica de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Concretamente, se recomienda la implantación de intervenciones de promoción de la salud mental dirigidas a grupos específicos de población y que formen parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública (9).

Un concepto recurrente en todas estas estrategias es la educación de la sociedad. Desde la familia ya se aprende sobre la salud mental, tanto por las experiencias que se tengan dentro de la misma o en personas próximas como las estrategias de afrontamiento ante crisis de salud mental (2, 7-9). Conforme vamos creciendo, vamos aprendiendo también de las relaciones interpersonales que vamos construyendo y el entorno escolar, que es donde se pasa la mayor parte de la infancia y la adolescencia. Por ello, es importante que lo que se aprenda sobre salud mental favorezca a nuestro desarrollo adecuado como personas, puesto que una educación insuficiente o deficiente puede llevar a tener malas estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés y no saber construir relaciones interpersonales saludables, es decir, un apoyo social insuficiente.

Por otro lado, un campo en el que se incide de manera prioritaria en cualquier plan de acción de los mencionados es el estigma, siendo este visto como un factor asociado y no inherente a tener un trastorno mental. Se trata de un efecto colateral del mismo el cual, aunque sus síntomas fueran episódicos pero tratables con atención sanitaria y una intervención social adecuada, las consecuencias son más duraderas y complejas. Esto se da no sólo en el entorno de la persona, sino también puede ocurrir el autoestigma, es decir, la persona puede llegar a sentir rechazo hacia su propia condición, lo que puede

El ámbito educativo, además de ser el principal entorno de relación de las personas desde edades tempranas, es uno de los espacios donde más puede afectar el estigma, sobre todo durante la adolescencia. La adolescencia es una etapa de mayor construcción y desarrollo social, emocional y físico, donde se empiezan a forjar relaciones significativas más allá de la familia. Los estereotipos y etiquetas negativas cobran mayor influencia en los adolescentes, los cuales pueden desarrollar baja autoestima y derivar en depresión y/o ansiedad (10).



Los adolescentes con trastornos de salud mental son especialmente vulnerables, pues pueden ser vistos por sus compañeros como "diferentes" o "extraños", llegando a calificativos más negativos o crueles, como aparecen en la figura 1 (12). Por tanto, son ellos la población a la que más atención se debe prestar, e incluso a edades más tempranas, porque así se aportan estrategias emocionales eficaces y de afrontamiento de esta etapa vital para favorecer su maduración personal (10).

Para aportar una perspectiva desde la disciplina enfermera a la promoción de la salud mental y la educación en salud mental, podemos usar el modelo Marea en la recuperación de la salud mental o modelo *Tidal*, de Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker. El modelo Marea se centra en averiguar "cómo ayudar a las personas a afrontar, lidiar con, superar o aceptar sus problemas de la vida humana". Tiene como metáfora las olas y la marea: entienden que la vida es un viaje a través del océano, donde el cuerpo representa el bote y lo que hay dentro de nosotros es el capitán que, de alguna manera, lo dirige. Cuando la persona se ve sobrepasada por la situación, existen otras figuras que actúan de salvavidas y aportan el apoyo necesario para que puedan volver a flote, configurando a la llamada comunidad terapéutica (13).

En el modelo Marea la persona está representada por tres dominios: el Yo, el Mundo y los Otros. En este caso nos centrarnos en el Dominio de los Otros, que es el lugar donde la persona interactúa diariamente, influyendo en sí misma y la propia persona influyendo en los demás. La enfermera es experta en relaciones humanas, con recursos abundantes y de calidad para ayudar a estas personas; sin embargo, el entorno más próximo al paciente también son salvavidas, quizá con menores recursos, que pueden formar una gran red de apoyo al individuo. Por todo ello, las intervenciones a nivel comunitario son esenciales para concienciar sobre salud mental, la detección precoz de cualquier trastorno y la ayuda temprana a estos pacientes y, por consiguiente, una mejor armonía entre los individuos, al reducir ese estigma y confusión que puede traer consigo un trastorno de salud mental. El núcleo terapéutico primario en el cuidado de la salud mental se localiza precisamente en la comunidad, donde los cuidados van encaminados a promover la salud mental, fortalecer los factores protectores que estimulen la participación responsable y la vida social, aumentar el conocimiento para promover un cambio de valores en relación a la salud mental (13, 14)

Existen diversas intervenciones comunitarias que tienen la salud mental como eje central que podrían orientar en este cometido, pero una de las que más difusión internacional ha tenido es "*Mental Health First Aid*". El concepto en sí está definido como "la ayuda que se provee a una persona con un trastorno de salud mental o que está experimentando una crisis en salud mental. Los primeros auxilios son aplicados hasta que la ayuda profesional apropiada o la crisis se resuelva" (15). Normalmente, al hablar de primeros auxilios, se tiene más en cuenta la perspectiva biomédica, es decir, las primeras actuaciones ante una situación que no se compare a la salud (vista como ausencia de enfermedad, en este caso). Emplear el concepto de Primeros auxilios en relación con la salud mental ya supone en sí un punto de vista innovador.

El programa formativo *Mental Health First Aid (MHFA)* fue instaurado en Australia en 2001 para enseñar a la comunidad habilidades de "primeros auxilios" para apoyar a personas con trastornos mentales. Fue desarrollado por Betty Kitchener, una educadora en salud mental, y Tony Jorm, un investigador sobre la salud mental. La idea principal fue adaptar el modelo de "primeros auxilios" para lesiones y emergencias a los problemas de salud mental. Los objetivos de este curso son: aumentar el conocimiento de los signos, síntomas y factores de riesgo de enfermedades mentales y adicciones, identificar múltiples tipos de recursos profesionales y de autoayuda para estas personas, aumentar su confianza en ayudar a personas bajo una crisis de salud mental y mostrar mejor bienestar mental en ellos mismos. De manera indirecta, se reduce la distancia social cambiando las actitudes y percepciones sobre las personas con un trastorno mental, por lo que reduce el estigma y aumenta el apoyo sobre estos pacientes por parte del entorno social. Con este abordaje comunitario, se consigue construir redes comunitarias, soporte y promoción de la salud mental (15, 16).

La base del programa es el plan de acción ALGEE, siglas en inglés cuyo significado se traduce en los siguientes cinco estamentos: acercarse a la persona, valorar y ayudar en cualquier crisis; escuchar y comunicarse sin juzgar; dar apoyo e información; animar a la persona a conseguir ayuda profesional adecuada y animar sobre otros apoyos. Las guías de actuación que utilizan están disponibles para todo el que quiera información o solicitar el curso en la red. Tal ha sido su eficacia y difusión que se ha instaurado en 22 países, entre ellos Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Dinamarca, Suecia, entre otros. Conforme se ha ampliado su aplicación a todo tipo de población, se ha adaptado el programa para su uso en adolescentes, denominado *Teen MHFA*, y su uso en

personas que trabajan o están en contacto con esta población, denominado *Youth MHFA* (15 -17).

Se ha visto que sólo una pequeña parte de los jóvenes con síntomas de alguna patología mental buscan ayuda profesional adecuada, ya que suelen recurrir más a amigos y en menor medida a familiares. Además, los amigos pueden no ser capaces de abordar adecuadamente la situación, lo que les coarta a la hora de prestar ayuda. Por ello, con ellos se pretende aumentar las conductas de búsqueda de ayuda y la disposición a ayudar, para lo que se direccionan los esfuerzos sobre la alfabetización en salud mental, el estigma y apoyo social (15, 17).

Se puede trasladar este programa formativo en líneas generales a los planes de cuidado de enfermería. La taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) realiza ciertas propuestas de diagnósticos enfermeros para intervenir en la falta de comprensión y la estigmatización que pueden sufrir estos pacientes sin una red de apoyo adecuada y es a lo que se aproxima el programa. Nos vamos a centrar en el Dominio 1: Promoción de la salud. Se tiene que utilizar una perspectiva más amplia en este caso, porque se trata de una intervención comunitaria, aunque los beneficios se vean a nivel individual. Encontramos el diagnóstico enfermero "Disposición para mejorar la alfabetización en salud [00262]", el cual se define como "patrón de uso y desarrollo de un conjunto de habilidades y competencias dirigidos a encontrar, comprender, evaluar y utilizar la información y los conceptos de salud, con la finalidad de tomar decisiones diarias relacionadas con la salud, para promover y mantenerla, disminuir los riesgos vinculados a la salud y mejorar, a nivel global, la calidad de vida, que puede ser reforzado" (18). Debe ocurrir una primera aproximación con los adolescentes para conocer sus necesidades de aprendizaje y definir unos objetivos comunes. Si contamos con esa disposición en aquellos que tomen el curso, entre los resultados se verá una comunidad fortalecida y entrenada para atender y apoyar a quienes padezcan un trastorno de salud mental y a ayudarse mutuamente.

El objetivo más cercano al de este programa descrito, desde el punto de vista individual, puede ser definido por taxonomía NOC (*Nursing Outcomes Classification*) como "Soporte social [1504]", que se define como " Ayuda fiable de los demás". A pesar de esta escueta definición, engloba diversos objetivos como la ayuda emocional, contactos sociales adecuados y la disposición a buscar ayuda. Otros NOC a los que se puede hacer

mención son "Resiliencia personal [1309]" e "Implicación social [1503]", además de "Resiliencia de la comunidad [2704]" como grupo (18).

Si utilizamos la clasificación enfermera NIC (*Nursing Intervention Classification*), existen en la misma diversas intervenciones a realizar en la enfermería psiquiátrica o la salud mental, pero no hay ninguna intervención específica que sea destinada a la comunidad en el campo de la salud mental. Podemos destacar como intervención la "Educación para la salud [5510]" ajustando sus características a la formación de adolescentes en salud mental (18).

Siguiendo esta perspectiva, la enfermería puede ser partícipe de las intervenciones comunitarias en salud mental como la propuesta, pues somos uno de los principales agentes sociales en contacto directo con la comunidad. Puede tomar un papel primordial, ya que está en su papel de docente educar a la población en materia de salud, en este caso, de salud mental. Además, existen dos figuras de enfermeras especialistas que pueden colaborar en cumplir los objetivos planteados. Primeramente, se encuentra la enfermería comunitaria, en la cual usa sus habilidades en estrategias de trabajo en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población. Dentro de su rol docente, se puede trabajar en formar a la comunidad para que, de manera indirecta, colaboren en los cuidados de pacientes con trastornos mentales para un correcto desarrollo (14, 19).

Si nos focalizamos más en el ámbito educativo planteado anteriormente, la figura de la enfermera escolar es la más adecuada para llegar a esta franja de edad. Se define como "una ciencia que busca una influencia positiva en esta población, ofreciendo (...) las competencias y habilidades necesarias para su desarrollo vital, como el apoyo necesario en las inquietudes naturales que van surgiendo a lo largo de la madurez física, mental y emocional del infante, así como el acompañamiento durante la pérdida de la salud, su restablecimiento y la discapacidad". Esta especialidad tiene cada vez más auge en España, siendo visible ya no sólo en los colegios públicos de educación especial, sino en todos los centros educativos, aunque todavía no está muy instaurada. Entre sus competencias se encuentra precisamente la aplicación de "programas de educación para la salud, iguales y equitativos para todos, desde la infancia hasta la adolescencia, dando continuidad y formación en el cuidado y el bienestar". Por tanto, su preparación puede ser un nexo ideal entre educación en salud mental y cuidados en salud escolar (20).



A partir de todo lo narrado anteriormente, elaboramos unas hipótesis que van a configurar el hilo conductor de este trabajo. En primer lugar, vamos a confirmar si la utilización del programa *MHFA* enfocado en los adolescentes, más allá de aumentar el conocimiento en salud mental, reduce el estigma social, aumenta la disposición y la confianza para prestar ayuda a sus compañeros y mejora la conciencia sobre su propia salud. Del mismo modo, su aplicación en el personal docente de los centros educativos permite la preparación de otras fuentes de ayuda a las que los adolescentes puedan acudir y que su entorno sea favorecedor para la salud mental.

La pregunta de investigación que se plantea en este Trabajo de Fin de Grado se formula utilizando el formato PICO (21) y es la siguiente: ¿es eficaz la implantación del programa formativo *MHFA* en los adolescentes para el aumento de la alfabetización en salud mental, aumentar el apoyo social y reducir el estigma social de las personas con un trastorno de salud mental en el ámbito escolar?

A partir de esta pregunta, podemos definir los siguientes objetivos. El objetivo general consiste en explorar la eficacia del programa *MHFA* sobre los adolescentes en el ámbito escolar. Los objetivos específicos hacen referencia a las propias características del programa y lo que se pretende conseguir: en primer lugar, analizar los factores que influyen en el conocimiento y actitudes hacia la salud mental en adolescentes; en segundo lugar, explorar la formación y los efectos que tiene sobre los adolescentes la aplicación de dicho programa sobre ellos mismos y el personal docente en contacto con ellos; por último, explorar el papel de las enfermeras escolares en la implantación de programas educativos en materia de salud mental como el propuesto.

## METODOLOGIA

La tipología de trabajo utilizada para desarrollar la pregunta de investigación planteada es la revisión narrativa. Se entiende como el proceso en el que se recoge, analiza, sintetiza y discute la literatura ya publicada sobre una cuestión concreta. Los objetivos son examinar, interpretar y realizar un análisis crítico de los documentos encontrados sobre un tema específico. Permite al autor plantearse nuevas perspectivas o líneas de investigación a partir de la recopilación de datos ya existentes. Esto contribuye a la Práctica Basada en la Evidencia, que es el nuevo paradigma en el que nos encontramos actualmente (22, 23).

Se utilizó un método sistemático para la realización de esta revisión narrativa. Este consistió en el planteamiento de la pregunta clínica, desglosamiento de dicha pregunta en criterios para facilitar la revisión, búsqueda de información con su correspondiente lectura crítica, elaboración y discusión de los resultados e identificación de recomendaciones para la práctica clínica (24).

El primer paso fue la formulación de la pregunta de investigación. Bajo la propuesta de Richardson, se utilizó una estructura que facilita una respuesta precisa y exhaustiva. Se basa en el acrónimo PICO: Paciente, Intervención, Comparación (en este caso no se comparó la intervención principal con otra) y Resultado (Outcome), tal y como se recoge en la siguiente tabla (21). El paciente o población diana fueron los adolescentes, la intervención en cuestión es *MHFA* y los objetivos que se perseguían son aumentar la alfabetización en salud, reducir el estigma y aumentar el apoyo social.

Para definir el procedimiento de la búsqueda bibliográfica, se establecieron unos criterios de inclusión de la información a seleccionar para su posterior análisis. Los artículos seleccionados debían responder a la pregunta de investigación formulada. En este caso, se precisó que los artículos elegidos fueran publicados entre 2010 y 2020, principalmente en idioma español, inglés o portugués. En base a la novedad del tema a tratar y que el principal objetivo era verificar la eficacia, la tipología de los artículos a incluir en la revisión abarcaban estudios originales, tanto primarios (ensayos clínicos) como secundarios (revisiones sistemáticas de intervención). En cuanto a los objetivos específicos, para explorar el conocimiento y actitudes, se tuvieron en cuenta estudios analíticos descriptivos y revisiones sistemáticas cualitativas y cuantitativas. Para el segundo objetivo específico, se procuró recurrir a estudios originales primarios

experimentales. Para el último objetivo específico, se tuvieron en cuenta los estudios cualitativos primarios.

La población a tener en cuenta en los artículos a discutir son los adolescentes, tomando como criterio de exclusión aquellos que traten a adultos (definido el concepto como "mayores de 19 años" según los filtros de la búsqueda bibliográfica); sin embargo, se escogieron un número reducido de documentos que parecían pertinentes y que incluían también edades mayores (adultos jóvenes de 19-25 años). Nos centramos en el ámbito escolar, excluyendo cualquier otro ámbito en el que se aplique el programa a estudiar. Los países en los que se debía situar la realización de esta intervención incluían Australia (origen del programa), EEUU, Canadá y países europeos, con el objetivo de que los resultados puedan ser lo más extrapolables al contexto español.

De entre todas las fuentes de información, las bases de datos consultadas fueron PubMed, CINAHL, PsycINFO y Cochrane Library. Para desarrollar de manera sistemática la búsqueda bibliográfica, se recogieron los términos en lenguaje libre y lenguaje controlado, consiguiendo los tesauros específicos de cada base consultada, tal y como se contempla en la tabla 1. Posteriormente, se realizaron ecuaciones de búsqueda, combinando las palabras clave con los operadores booleanos correspondientes, las cuales se reflejan en la tabla 2.

Se realizó una primera selección en función del título del artículo, tras la cual se comparaban los títulos entre las bases de datos para descartar los duplicados. Posteriormente se realizó otra segunda selección según el resumen, en la cual se corroboraba si cumplían los criterios de inclusión determinados. En caso afirmativo, se procedió al rescate de artículos a texto completo y se realizó el siguiente cribaje en función del contenido completo.

Los artículos seleccionados pasaron por un último cribaje: una lectura crítica de los mismos para verificar si cumplían unos mínimos de calidad de evidencia. En este caso se utilizaron dos herramientas. En el caso de los estudios experimentales, se siguieron las pautas marcadas por la declaración CONSORT (25). Para el resto de tipologías, se utilizó el programa Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe), en específico sus herramientas específicas en la lectura crítica de revisiones sistemáticas y estudios cualitativos (26). Un ejemplo de la utilización de este programa se encuentra en el Anexo 1.

Para poder completar la búsqueda bibliográfica, se procedió a la búsqueda secundaria, la cual consistió en seleccionar artículos procedentes de las referencias bibliográficas de aquellos previamente seleccionados y los que aparecían en la sección de "artículos similares", si cuyo contenido se consideraba pertinente para esta revisión. Dichos artículos también pasaron por el mismo cribaje que los seleccionados por ecuaciones de palabras clave. La información de los artículos finales fue desglosada en una serie de tablas par facilitar la posterior exposición de la información recogida (Anexo 2).

Un resumen gráfico de lo descrito en esta etapa está reflejado en el siguiente diagrama:

Figura 2. Diagrama de flujo. Proceso de rescate de información para la revisión.

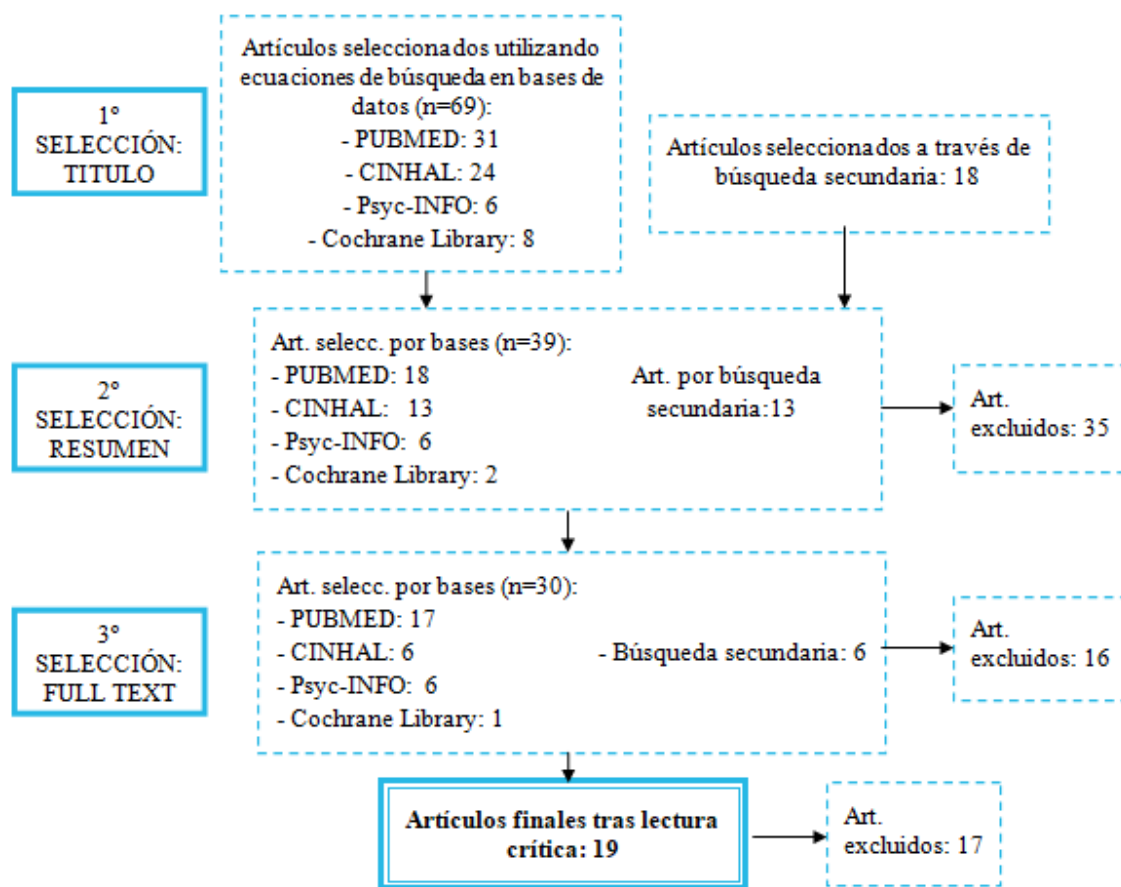


Tabla 1. Términos clave según pregunta PICO en lenguaje libre y documental.

	TERMINOS	LENGUAJE LIBRE		MESH	DECS	CINAHL SUBHEADINGS	PsycINFO subheadings	Cochrane Library
		Castellano	Inglés					
P	Adolescente	Juventud Adolescente	Young people / youth Teen / Adolescents	Adolescent Child	Adolescente	Adolescent behaviour Adolescent services	Early adolescence	Adolescent Youth
I	Primeros auxilios	Primeros auxilios	First Aid	First Aid	Primeros auxilios	First aid	-	First Aid
	Salud mental	Salud mental Servicios de salud mental	Mental Health Mental Health services	Mental Health Mental Health services	Salud mental	Mental Health Mental health services	Mental health services	Mental Health Mental health services
	Ámbito escolar	Colegio Centros educativos Estudiantes Enfermería escolar	School Students School nursing	School Students School Mental Health Services School nursing	Instituciones académicas Estudiantes Alumnos Servicios de enfermería escolar	High School students Secondary schools School Health Nursing School health education	Middle school education High school students	School Students
	Educación para la salud	Educación para la salud Promoción de la salud	Health Education Health promotion	Health Education Community health education Health promotion Healthy people programs	Educación en salud Educación sanitaria Educación para la Salud Educación para la Salud comunitaria	Health education Health promotion Patient education	Health education Health promotion	Health education Community health education
C	-							
O	Estigma	Estigma Actitudes Creencias Conocimiento	Stigma Stigmatising attitudes Knowledge / literacy	Social stigma Attitudes Health literacy Health knowledge, attitudes, practice	Estigma social Actitud Alfabetización en salud	Stigma Health literacy	Mental health stigma Attitudes Knowledge Health literacy Mental health literacy	Social stigma Attitude Health literacy

	Implicación social	Apoyo social Acompañamiento Apoyo de grupo	Social implication Social support	Social support Online Social Support Psychosocial Support Systems	Apoyo social Sistemas de apoyo psicosocial Peer group	Interpersonal relation Peer group	Social support Interpersonal interaction Peer relations	Social support
	Búsqueda de ayuda	Búsqueda de ayuda Ayuda en el cuidado Disposición a ayudar	Care seeking Seeking help Helping behaviour	Help-Seeking Behavior Helping behaviour	Conducta de búsqueda de ayuda Conducta de ayuda	Help-Seeking Behavior	Help-seeking behavior Health care seeking behavior Assistance (Social Behavior) Prosocial behavior	Help-seeking behavior Helping behavior Helping
E	Ensayo clínico	Ensayo clínico Estudio experimental	Clinical trial Intervention Study	Clinical trial Randomized Controlled Trials as Topic Non-Randomized Controlled Trials as Topic	Ensayo clínico Ensayos Clínicos Controlados como Asunto  Ensayos Clínicos no Controlados como Asunto	Clinical trials Randomized Controlled Trials	Clinical trials Randomized Controlled Trials	Randomized Controlled Trials as Topic  Non-Randomized Controlled Trials as Topic
	Investigación cualitativa	Investigación cualitativa Estudio cualitativo	Qualitative research Qualitative study	Qualitative research	Investigación cualitativa	Qualitative studies	Qualitative research	Qualitative research
	Revisión narrativa	Revisión narrativa Revisión literaria Revisión sistemática	Narrative review Literature review Systematic review	Review literature as topic Review [Publication type] Systematic review [Publication type]	Revisión sistemática	Literature review Systematic review	Literature review Systematic review	Review Review literature as topic

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda bibliográfica para las diferentes bases de datos consultadas.

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>ECUACIONES DE BUSQUEDA</b>	<b>N° de artículos rescatados</b>	<b>1° selección por TITULO</b>	<b>2° selección por RESUMEN<sup>1</sup></b>	<b>Rescatados a texto completo</b>	<b>Rescatados tras lectura crítica</b>
<b>PubMed</b>	((("Mental Health"[Mesh]) AND "First Aid"[Mesh]) AND adolescent[MeSH])	13	6	5	5	2
	"Mental Health"[Mesh]) AND "First Aid"[Mesh] AND school AND "last 10 years"[PDat] AND adolescent[MeSH]	9	0	0	0	0
	((("Health Education"[Mesh]) AND mental health first aid) AND "last 10 years"[PDat] AND adolescent[MeSH])	19	5	4	4	2
	((("Social Stigma"[Mesh]) AND "Mental Health"[Mesh]) AND ("last 10 years"[PDat] AND adolescent[MeSH]))	146	10	4	4	1
	((("Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh]) AND "Mental Health"[Mesh]) AND ("last 10 years"[PDat] AND adolescent[MeSH]))	178	8	4	3	1
	((("Social Support"[Mesh]) AND "Mental Health Services"[Mesh]) AND "Peer Group"[Mesh] AND adolescent[MeSH])	59	0	0	0	0
	("School Nursing"[Mesh]) AND "Mental Health"[Mesh] AND adolescent[MeSH])	22	2	1	1	1
	((("Qualitative Research"[MeSH Terms]) AND	12	0	0	0	0

<sup>1</sup> En el cribaje por resumen, también se compararon los títulos obtenidos anteriormente y aquellos que se duplicaban en anteriores bases, eran automáticamente descartados.

	"Mental Health"[MeSH Terms]) AND "Social Stigma" [MeSH Terms] AND "last 10 years"[PDat] AND adolescent[MeSH]					
<b>CINHAL</b>	(MH "First Aid") AND (MH "Health Literacy")	8	1	0	0	0
	(MH "Students, High School") AND (MH "Mental Health") AND (MH "Stigma")	9	2	1	0	0
	(MM "Health Literacy") AND (MH "Adolescence+") AND (MH "Mental Health")	38	5	3	0	0
	(MH "Help Seeking Behavior") AND (MH "Adolescence+") AND (MH "Mental Health")	86	3	3	0	0
	(MH "School Health Nursing") AND (MH "Mental Health")	154	13	6	6	3
<b>Psyc-INFO</b>	(DE "Mental Health Services") AND (DE "Health Care Seeking Behavior")	117	2	2	2	0
	DE "Mental Health Literacy" AND DE "Mental Health Stigma"	4	2	2	2	1
	(DE "Social Support") AND (DE "Mental Health Services")	153	2	2	2	1
<b>Cochrane</b>	(mental health first aid):ti,ab,kw AND ("youth"):ti,ab,kw	16	3	1	1	1
	("adolescent"):kw AND ("mental health"):ti,ab,kw AND ("helping"):kw	80	3	0	0	0
	("stigma"):kw AND ("youth"):ti,ab,kw AND ("mental health"):ti,ab,kw	19	1	1	0	0
	("school nurse"):ti,ab,kw AND ("mental health"):ti,ab,kw	29	1	0	0	0
<b>TOTAL</b>		1200	69	39	30	13



## **RESULTADOS**

Tras la lectura de los documentos seleccionados en esta revisión, se procederá a exponer la información obtenida en tres bloques temáticos. En el primer bloque se abordarán los factores más influyentes en el conocimiento y actitudes hacia la salud mental y los trastornos mentales en los adolescentes. En el segundo bloque se expondrán los distintos estudios de la aplicación de MHFA en los adolescentes, incluyéndose la explicación de en qué consiste detalladamente y los efectos conseguidos, además de su aplicación adicional en el profesional docente en contacto con ellos. Por último, en el tercer bloque se expondrán opiniones sobre el papel de la enfermera escolar en la enseñanza sobre salud mental y la realización de programas formativos en los centros educativos.

### **Bloque 1. Factores influyentes en conocimiento y actitudes hacia la salud mental en adolescentes**

Los adolescentes actúan de forma diferente ante una persona con un problema de salud mental o sospecha del mismo en función de lo que saben sobre la salud mental. Los problemas de salud mental suelen considerarse un tema tabú en la sociedad, por lo que no se suele hablar de manera natural, ni abordarse de manera adecuada. Se pueden distinguir los facilitadores y las barreras percibidas entre los jóvenes a la hora de buscar ayuda ante un problema de salud mental o de prestar ayuda si alguien cercano pasa por esa situación. Como facilitadores principales, se han estudiado las experiencias pasadas positivas y el apoyo social. Si la persona tiene una red de apoyo comunitaria de confianza, en la que siente que puede ser libre de contar sus sentimientos y preocupaciones, eso contribuye a que considere la búsqueda de ayuda externa. Si tales experiencias han tenido efectos positivos, tanto en la propia persona como su círculo social cercano, esto puede alentar a la persona a continuar con la misma estrategia y trasladar ese comportamiento a los demás (27).

Las barreras percibidas son más estudiadas que los facilitadores y comprenden diversidad de aspectos. Entre las barreras más influyentes se encuentran las actitudes derivadas del estigma, tanto el percibido como el autoestigma. El estigma es uno de los temas más concurrentes en el análisis de las barreras (27). Para ahondar más en el concepto, en el estudio de Hui Yap y Jorm (28), se analizó el estigma a partir de un modelo multifactorial: la distancia social, el concepto dual "débil-no-enfermo" y las percepciones de peligrosidad/impredecibilidad. Estas fueron estudiadas a partir de dos

casos ficticios de personas con algún trastorno de salud mental. Se comprobaron que estos factores tenían influencia en las acciones de primeros auxilios que tomarían, más que quién era el receptor. La distancia social y el concepto dual "débil-no-enfermo" condujeron a acciones menos beneficiosas y útiles, como ignorar o discriminar. Mientras tanto, las percepciones de peligrosidad/impredecibilidad incitaron a la recomendación de buscar ayuda profesional para el receptor de cuidados, la cual es una acción bien intencionada, pero si la razón fue una concepción equívoca del problema, pueden tener efectos negativos, como sentirse juzgado (28).

Las acciones de ayuda primaria que las personas pueden aportar y su beneficio pueden variar según esos conceptos anteriores. Suelen ser más las mujeres y las personas de mayor edad quienes proponen la búsqueda de ayuda profesional. Además, se suele atender antes a un amigo que a un familiar, tomando acciones como escucharles, facilitar la distracción o animarles entre el círculo de amistades. Sin embargo, la mayoría opta o ha optado por acciones menos útiles como el enfrentamiento directo. Las concepciones que tengan los proveedores de cuidados del problema en cuestión también influyen en esas decisiones, puesto que patologías como la fobia social son menos identificadas por percibirse como un problema personal o propio de la personalidad, minimizando la seriedad del problema y retrasando su diagnóstico (29).

En otro estudio realizado por los mismo autores, en el cual se estudia la relación entre el estigma y las creencias ante la búsqueda de ayuda, se comprobó cómo los jóvenes preferían fuentes de ayuda informales (amigos principalmente), más que las formales (psicólogos, médicos, consejeros). Esto está ligada a una errónea concepción del trastorno mental en cuestión, el cual se considera antes una debilidad que una enfermedad. El trastorno en el que se comprobó una mayor preferencia por la distancia social, asociada a menor intención de buscar ayuda y menor creencia de la utilidad de la ayuda por parte de un familiar cercano, fue el trastorno de estrés post-traumático. Ello causa un aumento del riesgo de soledad por parte de estos individuos y un mal abordaje de su situación (30).

Como se ha visto anteriormente, el desconocimiento o mal conocimiento de la salud mental es un factor muy influyente dentro de la comunidad. En un estudio que aborda el conocimiento en jóvenes en la depresión y la ansiedad, enfermedades prevalentes en la adolescencia, se ha visto que los conocimientos y creencias en salud mental son más

asociados a los síntomas de la enfermedad en específico que a la edad o el nivel de educación que tengan. La fobia social es menos reconocida como problema de salud mental que la depresión, aunque independientemente de ello al menos la mitad de los adolescentes estudiados recomiendan buscar ayuda para ambos. Son más capaces de identificar la depresión en un caso clínico con un hombre que con una mujer, a pesar de expresar los mismos síntomas (31). En relación a la depresión, el cual es uno de los trastornos clínicos más estudiados, síntomas como pensamientos suicidas, sentirse poco valorado, disminución de interés en actividades, pérdida de peso e insomnio contribuyen a que el estigma percibido sea mayor que el personal y ello retrase la búsqueda de ayuda (32).

Dentro de los propios adolescentes, se han encontrado peculiaridades entre las edades. Al estudiar el estigma percibido y el personal en ellos, se ha visto que los adolescentes de mayor edad tienen menos intención de buscar ayuda ante un problema de salud mental que sus compañeros más jóvenes, por un sentimiento de autonomía. Los adolescentes que perciben mayor estigma por parte de su entorno tienen menor intención en buscar ayuda para cualquier problema de salud mental, siendo más influyente que el estigma personal, en especial en el caso de las autolesiones más que en la depresión o ansiedad (33).

Ligados al estigma, otras barreras percibidas entre la población joven son la vergüenza a buscar ayuda y la necesidad de confidencialidad y confianza con respecto a la potencial fuente de ayuda. La falta de entendimiento sobre sus síntomas y "normalizarlos" también dificulta la búsqueda temprana de ayuda. Prefieren confiar en sí mismos antes que buscar ayuda externa. Por último, se deben mencionar como factores influyentes la carencia de conocimiento sobre las fuente de ayuda disponibles, estrategias de afrontamiento eficaces y los servicios de salud mental disponibles (27).

## **Bloque 2. Aplicación de MHFA en el ámbito escolar sobre adolescentes**

El programa formativo *MHFA* persigue influir en los factores anteriores estudiados, especialmente en el estigma y la desinformación. Fue adaptado a las necesidades de aprendizaje de los adolescentes y se creó el programa *Teen MHFA*. Difiere principalmente del original en que se utiliza material apropiado a la edad de la

población diana, consensuado con expertos en el campo de la salud mental en jóvenes (34).

En un principio, la población diana eran los adolescentes de entre 15 y 18 años, aunque con el tiempo se amplió a adolescentes de menor edad, llegando hasta los 12 años. Como se usa el concepto del año académico como principal criterio de inclusión en el estudio, suele tener lugar en los centros educativos. El programa se centra en desarrollar los siguientes objetivos: reconocer signos de alarma en un compañero que esté desarrollando un problema de salud mental, entender cómo abordar el tema con dicho compañero y aconsejar la búsqueda de ayuda apropiada, además de aportar estrategias de afrontamiento eficaces. El eje central de esta modalidad es el plan de acción, el cual contempla a rasgos generales las recomendaciones de actuación si ocurre la situación de ayudar a un compañero que pasa por una crisis mental o tiene un trastorno. Este plan fue adaptado también para su uso en jóvenes, siendo esta más sencilla y fácil de recordar, tal y como aparece en la figura 3. Adaptando el contenido al español, se resume en 5 claves: "Mira, Pregunta, Escucha, Ayuda, Tu amistad" (34-36).



Figura 3. Plan de acción de Teen MHFA.

Se distribuyen los contenidos en tres sesiones de 75 minutos cada uno. El contenido es siempre el mismo, pero las actividades formativas pueden variar según el profesional que imparta las sesiones, desde grupos de discusión (34) hasta la emisión de películas autobiográficas (35). Un ejemplo de un programa educativo completo puede verse reflejado en la tabla 3.

Tabla 3. Estructura y contenido del programa formativo *Teen Mental Health First Aid*. (34)

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
<b>Temas a tratar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué es la salud mental?</li> <li>¿Qué son los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a un amigo en una crisis de salud mental</li> <li>¿Qué son los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayudar a un amigo que desarrolle un trastorno de salud mental</li> </ul>

	trastornos de salud mental? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de trastornos de salud mental</li> <li>• Impacto en los jóvenes</li> <li>• El estigma</li> <li>• Ayuda apropiada</li> </ul>	primeros auxilios de salud mental? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es una crisis de salud mental?</li> <li>• Utilizar el plan de acción adaptado de <i>Teen MHFA</i> para ayudar a un amigo en una crisis</li> <li>• Posición de recuperación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La importancia de la actuación temprana</li> <li>• Utilizar el plan de acción adaptado de <i>Teen MHFA</i> para ayudar a un amigo que desarrolle un trastorno de salud mental</li> <li>• Recursos y enlaces de ayuda</li> </ul>
<b>Actividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión en grupo sobre el impacto de los trastornos de salud mental en los jóvenes</li> <li>• Identificar a los adultos como apoyo</li> <li>• Relajación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión en grupo de confidencialidad VS seguridad</li> <li>• Role-play sobre el uso de la posición de recuperación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discusión en grupo de las historias ficticias de jóvenes con un problema de salud mental</li> <li>• Role-play utilizando el plan de acción propuesto</li> </ul>

Como herramientas principales, se utilizan casos ficticios, que animen a la reflexión. Principalmente se utilizan dos historias base, pero puede variar según el objetivo que se persiga con el grupo: John, un joven con depresión e ideación suicida, y Jeannie, una joven con fobia social. A partir de ellas, se evalúan la alfabetización en salud mental, haciendo hincapié en la capacidad de reconocer su problema, sus creencias sobre las potenciales fuentes de ayuda que podrían tener John/Jeannie y la confianza que tendrían en intentar ayudarlo. También se estudian experiencias que hayan tenido los participantes con personas con un problema de salud mental. Como interesa ver los efectos que tiene sobre el propio adolescente, se evalúan los cambios de percepción que tiene el programa sobre su propia salud mental, sus intenciones de buscar ayuda si estuvieran en el lugar de John/Jeannie y sus propias experiencias con alguna crisis o problema de salud mental que haya surgido. Todo ello se mide con cuestionarios antes y después de cada intervención, para ver los cambios (34, 35).

Los resultados son muy parecidos en todos los ensayos realizados. Los jóvenes de 15-17 años declaran una mejoría en el reconocimiento del problema de salud mental, siendo más marcada en el caso de la fobia social, ya que la depresión suele ser más reconocida mientras que la fobia social se suele relacionar más con la personalidad que con un verdadero problema de salud mental. Entre las fuentes de ayuda, se decantan más por elegir a adultos de confianza como profesores, consejeros o médicos que a la propia familia, aunque la figura predominante es el amigo o compañero de su círculo social (34).

La confianza en intentar ayudar a un compañero que pase por esta situación incrementa tras la intervención; sin embargo la calidad de dichas actuaciones no siempre se podían contabilizar si durante el tiempo de seguimiento del estudio no habían tenido experiencias donde utilizar sus habilidades adquiridas. A nivel individual, los adolescentes declaran percibir menor estrés y tender más a buscar ayuda si tuvieran algún problema de salud mental (34).

Al aplicar el programa en estudiantes más jóvenes, siendo estos de 12-15 años, se prestó más atención a hacer entender la emergencia que supone una enfermedad mental que a cómo atender una crisis y se utilizó la ansiedad como trastorno principal a analizar. Los resultados son muy similares, por lo que se estableció que aplicar este curso a estas edades permite formar una base que, en cursos posteriores, se puede complementar con la aplicación de este programa a los 15-17 años para atender necesidades que hayan surgido o reforzar conceptos que se hayan olvidado (35).

Se ha estudiado la eficacia del programa desde estudios piloto hasta ensayos más controlados a nivel de diseño. Uno de estos fue estudio experimental aleatorizado por conglomerados en adolescentes de 15-16 años. En este caso se disponían de grupo intervención y grupo control, en el cual la intervención realizada fue un curso de Primeros auxilios físicos. Ante esta comparativa, los estudiantes que recibieron el curso de *Teen MHFA* fueron significativamente más propensos a demostrar intenciones de primeros auxilios de ayuda y menos a desarrollar estrategias potencialmente negativas para el receptor como ignorar o no hacer nada. La confianza en ayudar a alguien con un problema de salud mental fue mayor en el grupo intervención y se detectó una significativa reducción de actitudes derivadas del estigma. Esto fue debido a la especificidad del plan de acción en el contexto de la salud mental (36).

Utilizando el mismo diseño de grupo control y grupo intervención, se realizó otro estudio experimental focalizando la atención en el tratamiento del suicidio y la posibilidad de que suponga un estresor hablar de ello para los adolescentes participantes. Aunque declararon mayor estrés percibido inmediatamente después de su formación, no se asoció con mayores niveles de estrés a largo plazo. La proporción de estudiantes que reportaron mayor capacidad de ofrecer primeros auxilios adecuados fue mayor que quienes reconocieron el problema correctamente como ideación suicida, lo que indica una mayor disposición a ayudar aún sin saber de qué se trata (37).

Además de utilizarse en adolescentes de manera general, se ha probado su eficacia en comunidades más vulnerables. Un ejemplo de ello es el estudio de Uribe Guajardo *et al.* (38), en el cual se intervinieron en adolescentes pertenecían a las comunidades cultural y lingüísticamente diversas (o también denominadas con el acrónimo CALD). Estas comunidades incluyen a los inmigrantes y refugiados de otros países que conviven en Australia, en los cuales se ha detectado altas prevalencias de depresión y trastorno del estrés postraumático. Los niños que conviven en estas comunidades sienten altos niveles de estrés y su entorno no favorece la búsqueda de ayuda, debido al estigma añadido asociado a estas minorías. La aplicación de intervenciones comunitarias enfocadas en la salud mental eran poco comunes hasta que se adaptó *Teen MHFA* a estos jóvenes. Los resultados fueron igual de satisfactorios que en los estudios anteriores, con la adición de que estos jóvenes, al estar aún construyendo relaciones de confianza con su entorno y adaptándose a la nueva cultura, parecían más abiertos a exponer sus sentimientos a pesar del miedo a ser juzgados, especialmente cuando se habla del suicidio o intento suicida (38).

Un aspecto común que se evaluó en todos los estudios analizados fue la satisfacción de los participantes, para conocer las opiniones de las dinámicas realizadas y los recursos utilizados durante el curso y ver aspectos de mejora. Donde más datos se obtiene de la satisfacción es en el estudio de Hart *et al* (34), donde fue valorada en los adolescentes tras la intervención y en los padres y profesores de dichos adolescentes 3 meses después de completar el curso. La mayoría de estudiantes reportaban estar satisfechos con el programa, ser fácil de entender y ameno, valorando muy positivamente el uso de videos y presentaciones dinámicas. Sus padres y profesores también criticaban positivamente,

en especial la calidad del conocimiento que los estudiantes ganaban con el programa (34).

Al igual que en los adolescentes, para aquellas personas que conviven o trabajan con ellos se adaptó el programa *MHFA* y se creó *Youth MHFA*, un programa de 14 horas de duración cuyo objetivo es aumentar el conocimiento de los signos y síntomas de los trastornos en salud mental. La planificación del contenido, el número de horas del curso y las actividades del mismo son más variables, según las necesidades que tengan los adultos que lo realicen y cuál sea su ámbito de trabajo. Sin embargo, los objetivos que se persiguen son los mismos, puesto que no sólo se mejoran los conocimientos en salud mental y cambiar conceptos erróneos que puedan tener sobre la salud mental y trastornos determinados, sino que convierte a estos adultos en otra fuente de ayuda eficaz para los jóvenes (39, 40).

Principalmente se realiza en profesores de educación secundaria, en los cuales se han conseguido resultados especialmente positivos, puesto que adquieren mayor confianza para discutir sobre salud mental con sus alumnos y transmitir normalidad al mismo. A nivel personal, son más conscientes de su salud mental y de la de sus compañeros de trabajo, lo que de por sí ya es muy beneficioso para la comunidad. Adicionalmente, los profesores que realizan el curso son más propensos a aportar información sobre la salud mental a sus alumnos y prestar mayor atención a comportamientos o actitudes derivadas del estigma entre los mismos. Ello permite que los estudiantes los consideren fuente de ayuda, disponible y de confianza. Bien es cierto que no son considerados los primeros a los que los alumnos acudirían, pero al menos saben a quién acudir si necesitan información o asesoramiento (39, 40).

*Youth MHFA* no sólo se puede utilizar en los profesores, sino en todo el personal de los centros educativos cuya labor está relacionada con mantener el bienestar de los jóvenes, como entrenadores, animadores o consejeros. La falta de preparación del personal se traduce en entornos poco propicios para el cuidado de la salud mental y disminución del rendimiento académico. Se ha comprobado que este programa formativo atiende a las necesidades de aprendizaje del personal, en especial si tienen poca o ninguna experiencia atendiendo a jóvenes con problemas de salud mental. Esto se traslada en una mejor atención de los alumnos, cuyo entorno será más saludable y seguro, y en una mejora de las políticas de la escuela en relación al cuidado de la salud mental (41).



### **Bloque 3. Papel de la enfermera escolar sobre programas educativos de salud mental**

Los profesores, tal y como se ha demostrado, pueden influir muy positivamente en el tratamiento y difusión de conocimientos sobre salud mental. Sin embargo, su preparación es esencial para un correcto abordaje. En un estudio realizado para conocer sus experiencias al tratar la salud mental en los centros educativos donde trabajaban, en su mayoría, declararon carecer de preparación para abordar temas de salud mental, tanto en el reconocimiento de los trastornos como en la promoción de la salud mental positiva. Eran conscientes de la cantidad de problemas de salud mental por lo que pasan sus alumnos pero no se sentían preparados adecuadamente para intervenir. Las enfermeras escolares han sido reconocidas como las figuras claves para colaborar con los educadores en la atención a la salud mental. No sólo pueden aportar programas educativos para los estudiantes, sino también para los propios profesores. Valorando sus conocimientos básicos y creencias sobre la salud mental y actuando en consecuencia, se puede aumentar la confianza del profesorado en atender a sus alumnos en el campo psicológico y conocer la disponibilidad de recursos educativos de ayuda dentro de su comunidad (42).

En su ejercicio profesional de las enfermeras escolares, al estar en pleno contacto con los jóvenes o el personal que los atienden, pueden reconocer las necesidades psicosociales que necesitan ser suplidas. Sin embargo, encuentran ciertas dificultades para implicarse en la salud mental dentro de su cometido, entre los cuales se encuentran altas cargas de trabajo, la rivalidad profesional, la falta de confianza, conocimientos limitados y la falta de oportunidades de formación. Observaron entre los jóvenes que el estigma es un factor importante en el acercamiento a temas de salud mental y también a ellas les influye en cierta manera. Opinan que una buena preparación y disposición del equipo del centro para implicarse facilitarían el abordaje de la salud mental. Además, enfatizaron la importancia de apoyo por los equipos especializados en salud mental o que les proporcionen información y recursos que ayuden en esta labor (43).

El trabajo colaborativo es esencial para un abordaje completo del bienestar del estudiante. La promoción de la salud mental, desde el punto de vista del personal de los centros educativos, se puede abordar a partir de cuatro conceptos: el ambiente escolar, los recursos humanos, las características de los estudiantes y sus familias y las

actividades para promover la salud mental. Crear unas condiciones en el entorno en las que la salud mental es un importante cometido, pero se debe realizar a nivel multidisciplinar (44).

Para ello, existen diversas intervenciones comunitarias, de eficacia comprobada, que ayuden en esta labor, como *MHFA*. Las propias enfermeras escolares pueden beneficiarse de sus resultados para atender con confianza a un joven que esté pasando por una crisis o se sienta vulnerable mentalmente. Esa disposición para ayudar permite su acercamiento a los jóvenes, lo cuales sienten una figura de confianza en la enfermera. Al conocer sus historias y preocupaciones, se buscan estrategias de afrontamiento más efectivas y los recursos más adecuados. A nivel comunitario, se pueden transmitir esos conocimientos conseguidos en el curso para que la comunidad escolar sea más saludable (45).

## DISCUSION

La salud comprende el cuidado de un ser biopsicosocial, por lo que su abordaje debe ser trabajado desde distintas perspectivas. Pese a ello, el bienestar mental ha quedado siempre relegada a un segundo plano, primando los cuidados en la salud física. Por eso, la implementación de medidas en torno a la promoción de la salud mental y la atención temprana en la comunidad es esencial, sobre todo en la población joven, que es una de las más vulnerables.

La adolescencia marca hitos importantes en el desarrollo del individuo. Se construye una personalidad y se establecen alianzas valiosas con el entorno. Las relaciones que construyen en ese periodo son las primeras fuentes de ayuda a las que acudirán si les pasa algo, quedando en puestos inferiores la familia, los profesionales y otras figuras. Sin embargo, pueden percibir que esas fuentes no son de confianza, ya sea por la poca importancia que se da a la salud mental, la desinformación o actitudes negativas que se hayan manifestado en el entorno. Por tanto, pueden mostrarse reacios a pedir ayuda o expresar sus preocupaciones y miedos y que empeore su situación. Además, desde el punto de vista del entorno, esas potenciales fuentes de ayuda pueden sentirse poco preparadas o tener concepciones erróneas de la salud mental y los trastornos, por lo que disminuye la disposición a ayudar o a realizarlo con seguridad.

Se han demostrado que las intervenciones a nivel de la comunidad tienen efectos muy positivos y mayor alcance. En concreto, a edades tempranas se trabaja para que los jóvenes crezcan con unos conocimientos básicos de la salud mental y que tengan actitudes positivas hacia la misma, disminuyendo así el estigma y permitiendo que los jóvenes que tengan algún problema de salud mental puedan expresarse con confianza y solicitar ayuda. *MHFA* fue una de los primeros programas en cubrir estos objetivos, en especial en su aplicación en adolescentes en los centros educativos, ya que se fomentan unos valores de comprensión y convivencia importantes dentro de una red de apoyo social tan esencial como son los compañeros de clase. Es un espacio en el que los jóvenes deben sentirse seguros para expresarse, por lo que implementando este programa, se construye una red comunitaria saludable para todos. Además, su aplicación en el personal docente que trabaja en los centros educativos abre la posibilidad de que los jóvenes les vean como otra fuente de ayuda e información de calidad. Se ha estudiado que los programas educativos realizados por personal del

propio centro tiene efectos más duraderos que los realizados por expertos externos, pues su aportación es puntual pero sus efectos no se miden a tan largo plazo, algo que el personal educativo sí puede (46). Una figura dentro de los centros educativos que puede impulsar esta labor es la enfermera escolar, cuya formación específica en el cuidado de la salud de los jóvenes y con una adecuada preparación en materia de salud mental puede planificar programas formativos para todo el personal y el alumnado abriendo un espacio ideal para su cuidado.

Existen otras intervenciones comunitarias en el ámbito escolar que persiguen los mismos objetivos pero de menor difusión. Un ejemplo es el programa "*Find Space for Mental Health*" en Portugal, realizado en un centro educativo para jóvenes de 12-14 años y cuya aplicación fue altamente efectiva (47). En países como Canadá se ha estudiado la aplicación de programas similares de forma transversal a lo largo del curso escolar. Planificaron una guía de prácticas curriculares, denominada "*The Curriculum Guide*", que era aplicado por los propios profesores, los cuales consensuaban que todos dedicaran momentos para estudiar la salud mental en clase. Los resultados fueron muy positivos, concluyendo que la idea de tratar la salud mental de manera continuada y paulatina, siendo los profesores los que construyen esos espacios, podría ser muy beneficiosa (48). También se ha estudiado adjuntar un programa como parte de las actividades a realizar en una asignatura concreta; en América se utilizó el programa "*Mental Health Matters*" en la asignatura de "lengua avanzada" (traducción aproximada a nuestro contexto del término *language arts*), cuyos efectos fueron igualmente beneficiosos, aunque menos mantenidos a largo plazo (49).

Los resultados obtenidos en esta revisión se tienen que aceptar con actitud crítica, puesto que están sujetos a ciertas limitaciones. En primer lugar, nos encontramos la imposibilidad de encontrar ensayos clínicos aleatorizados, sino variantes de ensayos cuasiexperimentales o aleatorios por conglomerados. Características propias de un ensayo clínico aleatorizado como el enmascaramiento o la presencia de un grupo control eran difíciles de realizar puesto son intervenciones donde todos deben conocer su participación y contenido y que muchas veces los autores no disponían de los recursos y el tiempo para analizar un grupo control. La forma de aplicación y posterior análisis de las intervenciones educativas es diferente, con lo cual se tienen que tener en cuenta estas particularidades al revisarlos. El grado de respuestas de los participantes del programa y

la calidad de las mismas también era una dificultad añadida, ya que los resultados esperados en ciertas variables que son de interés para el lector no eran significativos o estudiados en su totalidad y, por tanto, no destacables.

En segundo lugar, los resultados encontrados en dichos estudios se encuentran sujetos al lugar donde se realizan. A pesar del alcance internacional del programa, la mayoría provienen de Australia, lugar donde se originó. El resto de estudios de aplicación en otros países tienen resultados comparables y similares, pero se tuvieron que adaptar al sistema educativo y plan formativo de los mismos para simular las condiciones más similares al plan original. Esta es una limitación también descrita por los autores en sus correspondientes estudios.

En tercer lugar, la variabilidad de los trastornos mentales tratados no permite que los resultados de todos los estudios de aplicación del programa sean válidos para todos los casos. La extrapolación se reduce a unas pautas que, aunque sean generales, son efectivas a grandes rasgos. Sin embargo, con la cantidad de guías clínicas según el trastorno o crisis mental que se han elaborado y estudiado, no se podían abarcar todas ellas en este estudio o no ha sido estudiadas todavía. En la mayor parte de los estudios incluidos en esta revisión son referentes a los trastornos más comunes en adolescentes, tales como la depresión y la ansiedad. Tampoco se encontraron artículos en referencia al uso de *MHFA* en trastornos más específicos, pero aún así su inclusión sería objeto de un trabajo más extenso.

Otra de las limitaciones encontradas es la falta de evidencia científica en relación a la temática escogida en el contexto español. Aunque la variedad de artículos encontrados confirman su utilidad e importancia en el ámbito escolar, no se ha encontrado ningún artículo realizado en España sobre la alfabetización de la salud mental o intervenciones comunitarias similares realizadas. Además de las limitaciones derivadas del análisis de los artículos en sí, se deben tener en cuenta las limitaciones propias de la pericia y expertía de la autora de este trabajo, las cuales pueden condicionar la calidad de la búsqueda bibliográfica y de la selección de artículos de alta calidad científica. Aunque todos han sido analizados por guías de análisis de calidad, en al menos uno de ellos el contenido y la pertinencia han primado sobre la calidad, lo cual puede influir en los resultados discutidos. Aunque su extrapolación a nuestro contexto pueda verse limitada

por la ausencia de evidencia realizada en España, permite el planteamiento de posibles recomendaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación.

Entre las recomendaciones para la práctica clínica se encuentran, en primer lugar, la importancia de promover la salud mental, especialmente en la población joven. Abrir espacios en los que hablar de salud mental sea un tema de discusión normalizado es necesario para darles a sus necesidades psicosociales tanta importancia como las fisiológicas. Así se pueden conocer cuál es la situación en la que se encuentra la población joven española en cuanto a conocimientos en salud mental, actitudes hacia la misma y recursos de ayuda disponibles. Es una labor que las enfermeras de Atención Primaria podría realizar dada su cercanía y habilidades comunicativas.

En segundo lugar, tras detectar sus carencias y necesidades, se pueden plantear intervenciones comunitarias donde la salud mental sea el hilo conductor. Si bien existen estrategias a nivel nacional que hacen mención a ello, no se ha implementado ninguna intervención cuya eficacia haya sido comprobada con datos fehacientes y concisos, siendo principalmente documentos de divulgación basados en otros estudios. Aunque existan diversas intervenciones comunitarias publicadas en el mundo, dada la comprobada eficacia de *MHFA* en esta población, se podría intentar su aplicación y comprobar su eficacia en el contexto español, tanto en centro educativos como en otros grupos vulnerables como niños inmigrantes o población gitana, donde el abordaje es más complejo.

Por último, además de las enfermeras de Atención Primaria, otra figura cuya labor se podría destacar es la enfermera escolar. Aunque sea una figura recientemente introducida dentro de la educación española, con su labor asistencial en la concienciación de tener hábitos saludables y la importancia del autocuidado en niños con enfermedades crónicas se han labrado reconocimiento en la sociedad. Dentro de sus competencias, también pueden atender las necesidades de salud mental de los niños y adolescentes y contribuir a la preparación del personal docente en los centros, construir equipos para el bienestar mental del alumnado.

En base a estas recomendaciones, dada la ausencia de esta información en la población adolescente española, las posibles líneas de investigación podrían estar enfocadas en conocer el conocimiento y creencias que tienen. Se podría intentar ampliar el rango de

edad en la población a estudiar, dada la escasez de evidencia en jóvenes de menor edad. También se podrían realizar estudios sobre los efectos del entorno en su propia salud mental y sobre sus experiencias en relación a los trastornos de salud mental, tanto en suyas como de personas cercanas, para obtener una perspectiva de en quiénes debemos intervenir y de qué manera. Además, sería beneficioso realizar un estudio entre los profesionales sanitarios sobre sus experiencias en el cuidado de la salud mental y, en colaboración con expertos en salud mental infantil y el personal educativo, trabajar en implementar intervenciones comunitarias eficaces. *MHFA* podría servir de toma de contacto con estos programas formativos y cimentar el comienzo de investigaciones futuras más avanzadas en España.

## CONCLUSIÓN

La salud mental es una dimensión de la salud que ha ido adquiriendo importancia con los años. Dentro de su abordaje, la comunidad juega un papel muy importante ya que constituye una red de apoyo social y afectiva eficaz, tanto para la promoción de la salud mental como en la detección precoz y atención temprana. Sin embargo, factores como la desinformación y las creencias erróneas pueden contribuir a aumentar el estigma social, por lo que disminuye la disposición a ayudar e incluso el rechazo hacia personas con trastornos mentales. Ello retrasa la solicitud de ayuda por su parte y que no sean atendidos adecuadamente, además de sentirse desprotegidos y poco comprendidos en su propio entorno.

Para poder construir comunidades saludables y que sean un ambiente seguro y comprensivo para aquellas personas que tengan una crisis o trastorno de salud mental, las intervenciones comunitarias son las más eficaces. En especial, a edades tempranas, como la adolescencia, es importante su implementación ya que se dan forma a sus creencias y actitudes hacia su entorno social. Los centros educativos proporcionan un espacio cercano y cómodo para poder realizar intervenciones de este calibre y estar atentos a sus necesidades. *MHFA* ha demostrado ser realmente eficaz a estas edades, ya que se les enseña sobre salud mental desde la cercanía y la comprensión, permitiendo un aproximación a lo que es la salud mental y a cómo ser figuras de ayuda si sus compañeros pasan por alguna crisis de esa índole. Además, su aplicación en el personal docente también amplía ese círculo de apoyo que los adolescentes puedan tener y se aseguran de que las aulas sean lugares donde el cuidado de la salud mental tenga importancia.

Las enfermeras escolares poseen una excelente posición para llevar a cabo este papel. Como educadoras y agentes sociales principales para la comunidad, pueden construir grupos de trabajo con el personal docente para que todo el mundo esté preparado y tome conciencia del poder que un entorno saludable puede tener en un individuo que tiene una crisis o un trastorno. Es necesario el trabajo de todos estos agentes para hacer que la comunidad educativa en la que se desarrollan los jóvenes sea rica en valores y comprensiva con todos, enseñanzas que afectarán de manera muy positiva a la sociedad cuando crezcan.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Talavera Ortega M, Gavidia Catalán V. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales* 2012 (26):161-175.
2. Macaya Sandoval XC, Pihan Vyhmeister R, Vicente Parada B. Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas* 2018 Aug 1;:338-355.
3. Herman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, 2005.
4. Rodríguez M, Couto MD, Díaz N. Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. *Acta Odont* 2015;53(3)
5. Carralero Montero A. Factores protectores en salud mental. En: Megías-Lizancos F, Serrano Parra MD. *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018. p. 63-78.
6. Aday LA. Health status of vulnerable populations. *Annu. Rev. Public Health*. 1994. 15:487-509
7. Mental Health Promotion and prevention. En: *Mental Health Atlas 2017*. World Health Organization [Internet] Ginebra: Ecole française d'Athènes; 2018. Disponible en: <https://bit.ly/3c530Vz>
8. EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. [Internet] Bruselas; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2ywd4s9>
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet] 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2L17Asb>
10. Estudio Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. [Internet]. 1ª ed. España: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA; 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3b0aesI>
11. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012 Apr; 67(3): 231- 243
12. Ke S, Lai J, Sun T, Yang M, Wang J, Aiustion J. Healthy Young Minds: The Effects of a 1-hour Classroom Workshop on Mental Illness Stigma in High School Students. *Community Ment Health J*. 2015, 51 (3): 329–337

13. Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model ®. Mental Health, Reclamation and Recovery. 2007.
14. Malvárez S. Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería. RIdEC. 2011; 4 (2):22-30.
15. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. PLoS ONE. 2018 May, 13(5): e0197102.
16. Mental Health First Aid USA. Research & Evidence Base [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.mentalhealthfirstaid.org/about/research/>
17. Mental Health First Aid Australia. teen MHFA Course Information. [Internet] 2019. Disponible en: <https://mhfa.com.au/cms/teen-mhfa-course-information>
18. NNNConsult [sede web]. Barcelona: Elsevier España. Taxonomías NANDA, NOC, NIC, 2018-2020. [Internet] Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>
19. Red Cubana de Enfermería Comunitaria. ¿Qué es la enfermería comunitaria? [Internet]2020. Disponible en: <https://temas.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/acerca-de/que-es-la-enfermeria-comunitaria/>
20. Consejo General de Enfermería. Marco de competencias del Profesional de Enfermería Experto en el Ámbito Escolar [Internet] 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2W5gFXp>
21. Martínez JD, Ortega V, Muñoz FJ. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia: modelos de formulación. Enferm. glob. 2016 Jul; 15 (43): 431-438.
22. Fortich Mesa N. ¿Revisión sistemática o revisión narrativa?. Ciencia y Salud Virtual. 2013; 5(1):1-4.
23. Serrano Gallardo P, Martínez Marcos M. Capítulo 2 Tipologías en el trabajo de fin de grado. En: Serrano Gallardo P. Trabajo fin de grado en ciencias de la salud. Madrid: DAE; 2012. p. 31-75
24. Aveyard H. Why do a literature review in health and social care? En: Aveyard H. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide. 3ª ed. Berkshire: Open University Press; 2014. p. 1- 17.
25. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P, DJ C, et al. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. Annals of Internal Medicine. American College of Physicians; 2017 Jul 4;167(1):40.

26. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) [Sede Web]. Alicante: CASPe; 1998 [actualizado en 2020]. Instrumentos para la lectura crítica. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
27. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:113.
28. Yab MB, Jorm AF. The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *J Affect Disord*. 2011 Nov; 134(1-3): 473-477.
29. Yap M, Wright A, Jorm AF. First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: Findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry Res*. 2011 Jun 30; 188(1):123-128.
30. Yap MB, Reavley NJ, Jorm AF. Associations between stigma and help-seeking intentions and beliefs: findings from an Australian national survey of young people. *Psychiatry Res*. 2013 Dec 30; 210 (3): 1154-1160.
31. Coles ME, Ravid A, Gibb B, George-Denn D, Bronstein LR, McLeod S. Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *J Adolesc Health*. 2016 Jan; 58(1): 57-62.
32. Singh S, Zaki RA, Farid NDN. A systematic review of depression literacy: knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *J Adolesc*. 2019 Jul; 74: 154-172
33. Nearchou F, Bird N, Costello A, Duggan S, Gilroy J, Long R, et al. Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents. *J Adolesc*. 2018; 66: 83-90
34. Hart LM, Mason RJ, Kelly CM, Cvetkovski S, Jorm AF. 'teen Mental Health First Aid': a description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 2016 Jan 19;10:3.
35. Hart LM, Bond KS, Morgan AJ, Rossetto A, Cottrill FA, Kelly CM, Jorm AF. Teen Mental Health First Aid for years 7–9: a description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 2019 Nov 16;13:71.
36. Hart LM, Morgan A, Rossetto A, Kelly C, Mackinnon A, Jorm AF. Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-

- randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018 Jul; 52 (7): 638-651
37. Hart LM, Cropper P, Morgan AJ, Kelly CM, Jorm AF. teen Mental Health First Aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: Outcomes from a cluster randomised crossover trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019, 1– 11
  38. Uribe Guajardo MG, Kelly C, Bond K, Thomson R, Slewa-Younan S. An evaluation of the teen and Youth Mental Health First Aid training with a CALD focus: an uncontrolled pilot study with adolescents and adults in Australia. *Int J Ment Health Syst*. 2019 Nov 30; 13:73
  39. Kelly CM, Mithen, JM, Fischer JA, Kitchener BA, Jorm AF, Lowe A, et al. Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation. *Int J Ment Health Syst*; 2011Ene, 5(1): 4.
  40. Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, Cvetkovski S. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*; 2010 Jun, 10:51.
  41. Gryglewicz K, Child K, Soderstrom M. An Evaluation of Youth Mental Health First Aid Training in School Settings. *School Ment. Health*. 2018; 10 (1): 48–60
  42. Smith-Fromm T, Evans-Agnew RA. Educator Preparedness for Mental Health in Adolescents: Opportunities for School Nurse Leadership. *NASN School Nurse*. 2017; 32 (6): 372-377
  43. Pryjmachuk S, Graham T, Haddad M, Tylee A. School nurses' perspectives on managing mental health problems in children and young people. *J Clin Nurs*. 2012 Mar; 21 (5-6): 850-859.
  44. Puolakka K, Kiikkala I, Haapasalo-Pesu KM, Paavilainen E. Mental health promotion in the upper level of comprehensive school from the viewpoint of school personnel and mental health workers. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25: 37–44
  45. Atkins J. Mental Health First Aid: a useful tool for school nurses. *NASN School Nurse*. 2017; 32 (6): 361-363
  46. Atkins MS, Hoagwood KE, Kutash K, Seidman E. Toward the integration of education and mental health in schools. *Adm Policy Ment Health*. 2010;37(1-2):40-47.
  47. Campos L, Dias P, Duarte A, Veiga E, Dias CC, Palha F. Is It Possible to "Find Space for Mental Health" in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental

Health Literacy Promotion Program. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):14- 26.

48. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferril N, Armstrong M. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(5):383–391.
49. Weisman HL, Kia-Keating M, Lippincott A, Taylor Z, Zheng J. Mental Health Stigma Prevention: Pilot Testing a Novel, Language Arts Curriculum-Based Approach for Youth. *J Sch Health*. 2016 Oct;86(10):709-16.

## ANEXOS

### ANEXO 1. Resultados de los artículos seleccionados en la revisión narrativa.

<b>Título:</b> 'teen Mental Health First Aid': a description of the program and an initial evaluation				
<b>Autores:</b> Laura M. Hart et al.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2016.	<b>Tipo de estudio:</b> Ensayo cuasiexperimental de evaluación de una intervención pre-post.	<b>Muestra/Población diana:</b> Estudiantes de 15-18 años ( <i>years 10-12</i> en el sistema educativo australiano).	<b>Objetivos:</b> Realizar una evaluación piloto del programa <i>Teen MHFA</i> para medir su eficacia en el grado de conocimiento, actitudes y comportamientos, al igual que la factibilidad de utilizarlo en las escuelas.
<b>Resultados:</b> Se encontraron mejoras estadísticamente significativas en la alfabetización en salud mental, confianza en ofrecer Primeros Auxilios en salud mental a un compañero, conductas de búsqueda de ayuda y su propia salud mental. Las actitudes a raíz del estigma social se redujeron significativamente. La mayoría de los estudiantes encontraban al programa fácil de entender y ameno, satisfechos con los recursos materiales utilizados.				
<b>Título:</b> Teen Mental Health First Aid for years 7–9: a description of the program and an initial evaluation				
<b>Autores</b> Laura M. Hart et al.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2019.	<b>Tipo de estudio:</b> Ensayo cuasiexperimental de evaluación de una intervención pre-post.	<b>Muestra/Población diana:</b> Estudiantes de 12-15 años ( <i>years 7-9</i> en el sistema educativo australiano).	<b>Objetivos:</b> Realizar un estudio piloto para comprobar la factibilidad y aceptación del programa <i>Teen MHFA</i> adaptado a estudiantes más jóvenes y su satisfacción con el mismo.
<b>Resultados:</b> Hubo cambios significativos en el número de adultos como potencial fuente de ayuda, actitudes a raíz del estigma, reconocimiento de síntomas de la ansiedad y calidad del apoyo aportado por un compañero. Sin embargo, se encontró una sorprendente reducción en la voluntad para comentar a otros sobre un problema de salud mental, en especial en estudiantes de secundaria más mayores.				
<b>Título:</b> An evaluation of the teen and Youth Mental Health First Aid training with a CALD focus: an uncontrolled pilot study with adolescents and adults in Australia				

<b>Autores:</b> Maria Gabriela Uribe Guajardo et al.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2019.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cuasiexperimental de series temporales de medidas repetidas	<b>Muestra/Población diana:</b> Estudiantes de 15-16 años ( <i>year 10</i> ), sus padres y profesores, pertenecientes a dos escuelas de educación secundaria.	<b>Objetivos:</b> Realizar un estudio piloto de programa <i>Teen MHFA</i> y <i>Youth MHFA</i> con un enfoque en los adolescentes cultural y lingüísticamente diversos ( <i>culturally and linguistically diverse</i> o <i>CALD</i> ).
<b>Resultados:</b> En un seguimiento de 3 meses, se han encontrado que los estudiantes se inclinan más en apoyar en los adultos como fuente de ayuda. Sus conductas de ayuda han aumentado significativamente, al igual que aquellas actitudes originadas por el estigma se ha reducido. En cuanto a los adultos, ha aumentado significativamente su conocimiento sobre los problemas de salud mental en jóvenes y su confianza en ayudar a una persona joven.				
<b>Título:</b> An Evaluation of Youth Mental Health First Aid Training in School Settings				
<b>Autores:</b> Kim Gryglewicz et al.	<b>Contexto y año de publicación:</b> USA, 2018.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cuasiexperimental de evaluación de una intervención pre-post.	<b>Muestra/Población diana:</b> Profesores pertenecientes a 5 centros de educación primaria y secundaria, consejeros, entrenadores y personal de apoyo.	<b>Objetivos:</b> Examinar la eficacia del programa <i>Youth MHFA</i> en la alfabetización en salud mental y cambios en la actitud, confianza y conductas de ayudar y buscar ayuda y si atiende a las necesidades de los participantes.
<b>Resultados:</b> <i>Youth MHFA</i> tuvo un impacto positivo mejorando el conocimiento de las condiciones de salud mental comunes y cambiando las actitudes en torno a la salud mental. Aumentó la confianza en identificar problemas de salud mental e iniciar estrategias de búsqueda de ayuda, lo que les capacita para responder ante estudiantes en riesgo. El programa es adecuado para todo el personal del centro educativo. Las mejoras en alfabetización en salud mental eran más pronunciadas entre aquellos que eran menos propensos a hablar con los estudiantes sobre salud mental y quienes nunca han estado expuestos a algún tipo de entrenamiento en salud. El entrenamiento estaba a la altura de sus necesidades de aprendizaje y que era adecuado para llevar a la práctica.				
<b>Título:</b> Youth mental health first aid: a description of the program and an initial evaluation				
<b>Autores:</b> Claire M Kelly et al.	<b>Contexto y año de publicación:</b>	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cuasiexperimental	<b>Muestra/Población diana:</b> Adultos de la comunidad	<b>Objetivos:</b> Realizar un estudio piloto para explorar la

	Australia, 2011.	de evaluación de intervención pre-post.	general recrutados por publicidad, prensa local y el servicio local de salud mental en la juventud.	eficacia de <i>Youth MHFA</i> en el cuidado de la salud mental de los adolescentes.
<b>Resultados:</b> Se observó un incremento del conocimiento, rechazo hacia las actitudes estigmatizantes y mayor disposición a ayudar a un joven, que se mantuvieron en el tiempo. Hubo un aumento en la implicación en su cuidado y en transmitir recomendaciones para el cuidado de la salud mental, como estrategias de autoayuda y la derivación a servicios locales de ayuda.				
<b>Título:</b> First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: Findings from an Australian national survey of youth				
<b>Autores:</b> Marie Bee Hui Yap, Annemarie Wright y Anthony Francis Jorm.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2011.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cuantitativo con diseño observacional descriptivo.	<b>Muestra/Población diana:</b> Jóvenes de 12-25 años reclutados vía telefónica.	<b>Objetivos:</b> Explorar el tipo y la calidad de las acciones de primeros auxilios realizadas por gente joven para ayudar a alguien que pasa por un problema de salud mental.
<b>Resultados:</b> Se realizaron encuestas en los jóvenes que accedieron a participar. Muchas personas jóvenes sabían e intentaron apoyar a un amigo con un problema de salud mental. Menos de un 60% de los entrevistados intentaron animar a buscar ayuda profesional y casi la mitad de ellos reportaron haber realizado acciones menos beneficiosas como enfrentarse directamente. Quién sea el proveedor de cuidados y el trastorno del receptor influye en el tipo de acciones que se toman, siendo las mujeres y los mayores más propensos a proponer buscar ayuda profesional. Eran más propensos a ayudar a un amigo cercano que a un familiar, acercándose de manera comprensiva. Comparado con la depresión, la fobia social era menos identificada porque se percibía como un problema social personal, minimizando la seriedad del problema.				
<b>Título:</b> Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid				
<b>Autores:</b> Laura M Hart et al.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2018.	<b>Tipo de estudio:</b> Ensayo clínico aleatorizado transversal por conglomerados.	<b>Muestra/Población diana:</b> Estudiantes de 15-16 años ( <i>Year 10</i> ) pertenecientes a 4 escuelas públicas.	<b>Objetivos:</b> Examinar la efectividad del programa <i>Teen MHFA</i> , comparando los resultados de los estudiantes con el uso del programa de entrenamiento de Primeros auxilios físicos.



**Resultados:** Los estudiantes que recibieron el curso fueron más propensos a demostrar intenciones de ayudar cuando se encuentren con alguien con un problema de salud mental y menos a desarrollar estrategias potencialmente negativas para el receptor como ignorar o no hacer nada. La especificidad del plan de acción en el contexto de la salud mental también contribuyó a su comprensión y efectividad. La confianza en ayudar a alguien con un problema de salud mental fue mayor en comparación que de quienes recibir el curso de Primeros Auxilios físicos. También se ha observado una significativa reducción de actitudes derivadas del estigma como la distancia social y el aumento en el número de fuentes de ayuda en adultos identificadas.

**Título:** Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial

<b>Autores:</b> Anthony F Jorm, Betty A Kitchener, Michael G Sawyer, Helen Scales, Stefan Cvetkovski.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2010.	<b>Tipo de estudio:</b> Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados.	<b>Muestra/Población diana:</b> Profesores y sus alumnos de 12-15 años ( <i>year 8-10</i> ) en colegios de educación secundaria.	<b>Objetivos:</b> Explorar la eficacia de <i>Youth MHFA</i> en profesores sobre el conocimiento en salud mental, las actitudes estigmatizantes, su confianza en ayudar y su propia salud. Comprobar si su entrenamiento influye de manera positiva en los alumnos.
--	---	---	---	--

**Resultados:** El programa *Youth MHFA* aumentó el conocimiento de los profesores, cambió sus creencias sobre el tratamiento, redujo algunos aspectos sobre el estigma y aumentó la confianza en ayudar a estudiantes y compañeros. Hubo un efecto indirecto en los estudiantes, que reportaron recibir más información sobre la salud mental por parte del personal docente. Los profesores, aunque no sean considerados su principal fuente ayuda, pasaron a ser una gran fuente de información para los estudiantes.

**Título:** teen Mental Health First Aid as a school-based intervention for improving peer support of adolescents at risk of suicide: Outcomes from a cluster randomised crossover trial

<b>Autores:</b> Laura M Hart, Penny Cropper, Amy J Morgan, Claire M Kelly y Anthony F Jorm.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2019.	<b>Tipo de estudio:</b> Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados.	<b>Muestra/Población diana:</b> Estudiantes de 15-17 años de colegios de educación secundaria.	<b>Objetivos:</b> Examinar los efectos del programa <i>Teen MHFA</i> en el conocimiento de los adolescentes y sus intenciones hacia un compañero con riesgo de suicidio y cualquier estresor asociado en los participantes del estudio.
--	---	---	---	--

**Resultados:** En los estudiantes que recibieron la formación del programa *Teen MHFA* era más probable que reconocieran y respondieran adecuadamente ante un compañero con riesgo de suicidio, siendo esto estable tras el año de seguimiento. Aunque los participantes declararon mayor estrés percibido inmediatamente después de su formación, no se asoció con mayor niveles de estrés significativos a largo plazo. La proporción de estudiantes que reportaron mayor capacidad de ofrecer primeros auxilios adecuados fue mayor que la proporción de quienes reconocieron el problema correctamente como ideación suicida.

**Título:** The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth.

<b>Autores:</b> Marie Bee Hui Yap y Anthony Francis Jorm.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2011.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cuantitativo con diseño observacional descriptivo.	<b>Muestra/Población diana:</b> Personas de 12-25 años reclutadas vía telefónica.	<b>Objetivos:</b> Examinar la influencia del estigma en las acciones de primeros auxilios prestadas para ayudar a alguien cercano con un problema de salud mental.
---	---	---	---	---

**Resultados:** Las actitudes derivadas del estigma hacia un caso clínico presentado influyeron en las acciones de primeros auxilios que tomaron más que la patología de receptor. Las dimensiones del estigma de distancia social y la dicotomía "débil-no-enfermo" predijeron acciones menos beneficiosas y útiles, mientras que las percepciones de peligrosidad/impredecibilidad incitaron a la acción beneficiosas de buscar ayuda profesional para el receptor de cuidados. Las personas que indicaron mayor preferencia por la distancia social hacia una persona con un trastorno depresivo o ansiedad eran menos propensas a facilitar ayuda profesional. Además, si tienen unas concepciones equívocas del problema de salud mental que tiene una persona cercana puede llevar a efectos negativos en acciones bien intencionadas.

**Título:** Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents

<b>Autores:</b> Finiki A. Nearchou et al.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Irlanda, 2018.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cuantitativo con diseño observacional descriptivo.	<b>Muestra/Población diana:</b> Estudiantes de educación secundaria de 12 - 17 años (equivalentes a aquellos que cursen 1º, 3º y 5º año del sistema educativo irlandés).	<b>Objetivos:</b> Explorar el estigma personal y el público percibido al igual que las intenciones de buscar ayuda en relación a la depresión/ansiedad y autolesiones en edad escolar.
--	---	---	---	---

**Resultados:** Los adolescentes de mayor edad declararon menor intento de buscar ayuda ante un problema de salud mental que sus compañeros más jóvenes. Los hombres

demonstraron mayor voluntad a buscar ayuda en el caso de las autolesiones. Los adolescentes que obtuvieron mayor puntuación en el estigma público percibido tenían menor intención en buscar ayuda para cualquier problema de salud mental. El estigma público percibido era mayor factor que el estigma personal en las intenciones de buscar ayuda, en especial en las autolesiones más que en la depresión o ansiedad. Las intervenciones en los centros educativos dirigidas a promover la búsqueda de ayuda deberían centrarse en enseñar que hay menos estigma sobre la salud mental del que piensan además de intentar reducir su estigma personal.

**Título:** Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder

<b>Autores:</b> Meredith E. Coles et al.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Nueva York, 2016.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cuantitativo con diseño observacional descriptivo.	<b>Muestra/Población diana:</b> Estudiantes de 14-19 años pertenecientes a un colegio público.	<b>Objetivos:</b> Examinar los conocimientos y creencias sobre salud mental de los adolescentes, en especial del trastorno depresivo, ansiedad social y estresores de la vida diaria.
---	--	---	---	--

**Resultados:** Los conocimientos y creencias en salud mental son más asociados a los síntomas de la enfermedad en concreto que a la edad o el nivel de educación en que se encuentren. Sólo un 28% de los encuestados fueron capaces de reconocer la ansiedad social como un problema de salud mental. Sobre un 50% de los adolescentes estudiados recomendaron buscar ayuda para la ansiedad social y la depresión. Fueron más capaces de identificar la depresión en un caso clínico con un hombre que con una mujer, cuando ambos expresan los mismos síntomas. Aproximadamente un tercio de los adolescentes fallaron en recomendar la búsqueda de ayuda a su amigo; sin conocimiento de las fuentes de ayuda disponible, es menos probable que sepan dónde acudir.

**Título:** School nurses' perspectives on managing mental health problems in children and young people

<b>Autores:</b> Steven Pryjmachuk, Tanya Graham, Mark Haddad y Andre Tylee.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Reino Unido, 2011.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cualitativo.	<b>Muestra/Población diana:</b> Enfermeras escolares de cuatro áreas de salud en Londres y Manchester.	<b>Objetivos:</b> Explorar las opiniones de las enfermeras escolares en relación a los problemas de salud mental en personas jóvenes y su potencial para emprender trabajo de salud mental con ellos.
--	---	---	---	--

**Resultados:** Las enfermeras entrevistadas valoraron su implicación con la salud mental de los jóvenes como un área importante en su función asistencial. Entre los obstáculos que identificaron para desarrollar esta labor están las altas cargas de trabajo, la rivalidad profesional, la falta de confianza, conocimientos limitados y la falta de oportunidades de formación. También demostraron una visión altamente positiva de la salud mental, a pesar de la falta de conocimiento en el tema, y veían en particular la

promoción de la salud mental como una de sus labores. Destacaron la influencia del estigma en salud mental y el cuidado para no estigmatizar a los jóvenes con los que trabajaban. Enfatizaron la importancia de apoyo por los equipos especializados en salud mental.

**Título:** Associations between stigma and help-seeking intentions and beliefs: Findings from an Australian national survey of young people

<b>Autores:</b> Marie Bee Hui Yap, Nicola J. Reavley y Anthony Francis Jorm.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2013.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cuantitativo con diseño observacional descriptivo.	<b>Muestra/Población diana:</b> Jóvenes entre 15-25 años reclutados vía telefónica.	<b>Objetivos:</b> Examinar las relaciones entre las actitudes derivadas del estigma y sus intenciones y creencias sobre la búsqueda de ayuda en una variedad de trastornos mentales.
---	---	---	--	---

**Resultados:** El estigma fue analizado a partir de un modelo multifactorial. De ellas, la diferenciación entre pensar en el receptor como "débil" o "enfermo" influye más en la búsqueda de ayuda. Los jóvenes prefieren fuentes de ayuda informales si perciben que su problema es menos peligroso o impredecible. Consideraron el trastorno mental como una debilidad más que una enfermedad, por lo que buscan menos ayuda, sobretodo de profesionales. El trastorno en el que se comprobó una mayor preferencia por la distancia social, asociada a menor intención de buscar ayuda y menor creencia de la utilidad de la ayuda por parte de un familiar cercano, fue el trastorno de estrés post-traumático. La asociación entre la distancia social y la búsqueda de ayuda de una fuente formal y profesional puede variar según el trastorno.

**Título:** A systematic review of depression literacy: knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents

<b>Autores:</b> Sarbhyan Singha, Rafdzah Ahmad Zaki y Nik Daliana Nik Farid.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Malasia, 2019.	<b>Tipo de estudio:</b> Revisión sistemática.	<b>Muestra/Población diana:</b> Adolescentes de 10-19 años.	<b>Objetivos:</b> Recopilar y analizar la evidencia existente sobre la alfabetización sobre la depresión en adolescentes, con enfoque sobre las herramientas de medición de la misma.
---	---	--	--	--

**Resultados:** La metodología basada en el uso de "viñetas" o caso clínicos es la más utilizada para medir los componentes de la alfabetización, pues permite discutir sobre qué se haría en caso de experimentar los síntomas descritos y estimulan la riqueza de respuestas elaboradas. Los componentes referentes al conocimiento y la búsqueda de ayuda son más explorados ya que el estigma es no es inherente al trastorno. Es mayor el reconocimiento de la depresión en los países desarrollados y se refieren con síntomas como pensamientos suicidas, sentirse poco valorado, disminución de interés en actividades, pérdida de peso e insomnio. El estigma percibido es mayor que el propio.

<b>Título:</b> Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review				
<b>Autores:</b> Amelia Gulliver, Kathleen M Griffiths y Helen Christensen.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Australia, 2010.	<b>Tipo de estudio:</b> Revisión sistemática.	<b>Muestra/Población diana:</b> Adolescentes (12-17 años) y adultos jóvenes (18-25 años).	<b>Objetivos:</b> Recoger la evidencia cualitativa y cuantitativa sobre las barreras percibidas y facilitadores para buscar ayuda en problemas de salud mental en adolescentes y adultos jóvenes, con enfoque en la depresión, ansiedad y estrés emocional.
<b>Resultados:</b> Entre las barreras más influyentes se encuentran el estigma y la vergüenza a buscar ayuda, en lo que pueden pensar otros si buscan ayuda. Su mayor preocupación era la necesidad de confidencialidad y confianza con respecto a la potencial fuente de ayuda. La falta de entendimiento sobre sus síntomas y "normalizarlos" también dificulta la búsqueda temprana de ayuda. Prefieren confiar en sí mismos antes que buscar ayuda externa. Otras barreras percibidas son las características de la fuente de ayuda y su conocimiento sobre los servicios de salud mental disponibles. Como facilitador principal están las experiencias pasadas positivas y el apoyo social.				
<b>Título:</b> Mental Health First Aid: A Useful Tool for School Nurses				
<b>Autores:</b> Joy Atkins.	<b>Contexto y año de publicación:</b> EEUU, 2017.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio de caso.	<b>Muestra/Población diana:</b> "Lisa", estudiante con ideación suicida, atendida por una enfermera escolar.	<b>Objetivos:</b> Describir la experiencia de una enfermera escolar con el uso del plan de acción de <i>MHFA</i> .
<b>Resultados:</b> Para poder atender correctamente a un estudiante con ideación suicida, describió el proceso de atención a partir del plan de acción de <i>MHFA</i> , resumido en el acrónimo ALGEE. Con ella pudo contactar con esta estudiante, demostrar su disposición a ayudarla, plantear estrategias de afrontamiento eficaces y buscar los recursos más adecuados para ella, tanto en su círculo de amigos como en la comunidad. La figura de la enfermera escolar es la más apropiada para la detección precoz e intervención en los jóvenes que estén pasando por una crisis mental o muestren síntomas de desestabilización y utilizar la formación con el programa <i>MHFA</i> puede orientar en esta labor, además de transmitir esos conocimientos a la comunidad escolar para que sea más saludable para los estudiantes.				
<b>Título:</b> Educator Preparedness for Mental Health in Adolescents: Opportunities for School Nurse Leadership				
<b>Autores:</b>	<b>Contexto y año de</b>	<b>Tipo de estudio:</b>	<b>Muestra/Población diana:</b>	<b>Objetivos:</b>

Tiffany Smith-Fromm y Robin A. Evans-Agnew.	<b>publicación:</b> EEUU, 2017.	Estudio cualitativo.	Personal educativo de 2 centros de educación secundaria.	Analizar la experiencia y conocimientos de educadores sobre la salud mental.
<b>Resultados:</b> Los educadores indicaron principalmente una falta de preparación sobre salud mental, en relación al reconocimiento de signos y síntomas de la ansiedad, depresión, TDAH y trastornos alimenticios. Son conscientes de la cantidad de problemas de salud mental por lo que pasan sus alumnos pero no se sienten preparados adecuadamente para intervenir. Es clave la labor de la enfermera escolar para aumentar la eficacia y la confianza de los educadores en una adecuada intervención.				
<b>Título:</b> Mental health promotion in the upper level of comprehensive school from the viewpoint of school personnel and mental health workers				
<b>Autores:</b> Kristiina Puolakka, Inma Kiikkala, Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu y Eija Paavilainen.	<b>Contexto y año de publicación:</b> Finlandia, 2011.	<b>Tipo de estudio:</b> Estudio cualitativo fenomenológico.	<b>Muestra/Población diana:</b> Empleados de un centro de educación secundaria.	<b>Objetivos:</b> Describir los conceptos referentes a la promoción de la salud mental en los centros educativos desde el punto de vista de los empleados .
<b>Resultados:</b> Se agruparon los datos referentes a la promoción de la salud mental en cuatro conceptos: el ambiente escolar, los recursos humanos, los estudiantes y sus familias y el trabajo para promover la salud mental. Según los entrevistados, los cuidados de salud mental preventivos y la creación de condiciones sociales y físicas que promuevan la salud mental son importantes pero poco valorados en la realidad. Reconocen que es una tarea multidisciplinaria, en la cual el personal docente y las enfermeras escolares necesitan una guía basada en evidencia y medios para su implementación práctica.				

## ANEXO 2. LECTURA CRITICA DE UN ENSAYO CLINICO BASADO EN UNA INTERVENCION NO FARMACOLOGICA, SEGÚN LA DECLARACIÓN CONSORT

*Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, Cvetkovski S. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. BMC Psychiatry; 2010 Jun, 10:51.*

1. TÍTULO Y RESUMEN: En el título viene identificado como un ensayo aleatorizado. Tiene un resumen estructurado que incluye el diseño, métodos (tanto una breve descripción de la intervención como el seguimiento), resultados y conclusiones. Incluye el código oficial de registro del ensayo.

### 2. INTRODUCCIÓN:

Los antecedentes científicos se remontan a ensayos clínicos realizados y estudios analíticos descriptivos. Aunque sea breve, justifica la necesidad de realizar un ensayo controlado y aleatorizado de la aplicación del curso *Youth MHFA* modificando su duración para adecuarlo a profesores de educación secundaria.

Se identifica la pregunta de investigación planteada aunque no venga implícitamente. Se compone de la población de estudio (profesores que enseñen a estudiantes de 12-15 años), la intervención (previamente mencionada) y los resultados (aumentar el conocimiento sobre salud mental, disminuir las actitudes derivadas del estigma hacia personas con un problema de salud mental, aumentar la confianza en ayudar a sus estudiantes, mejorar las conductas de ayuda hacia ellos, conocer las políticas de los centros, además de beneficiar a estos estudiantes de manera indirecta, entre otros).

Las hipótesis y los objetivos aparecen definidas en la metodología, pero en apartados distintos a los esperados, lo cual dificulta un poco la lectura (por ejemplo, los objetivos vienen redactados como "hipótesis").

### 3. MÉTODOS:

- Diseño del estudio: El tipo de diseño es un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados, el cual se mantuvo sin cambios desde el comienzo del estudio.
- Participantes: Entre los criterios de inclusión, se encontraban que fueran profesores de educación secundaria de estudiantes de 12-15 años en centros que voluntariamente aceptaban participar en el estudio. Se trataban de colegios del sur de Australia públicos,

católicos o sistemas independientes. Los alumnos de los profesores participantes también se tuvieron en cuenta en el estudio, pero no son la población diana principal en la intervención. Estos fueron asignados a un conglomerado en función del centro al que pertenecían, es decir, cada centro era un conglomerado. Por tanto, la asignación se mantuvo como tal durante todo el estudio.

- Intervenciones: la intervención realizada fue el programa formativo *Youth MHFA*, con dos días de duración, adaptado a los horarios de los colegios participantes. En su programa, en el primer día se incluía la enseñanza de aspectos básicos e introducción a este programa, mientras el segundo día se estudiaban más a fondo aspectos del acercamiento y tratamiento en las crisis. En el grupo control no se aplicaba esta intervención al mismo tiempo que en el grupo intervención, sino que se haría posteriormente. En todos los grupos de intervención se emplearon las mismas técnicas y procedimientos pertenecientes al programa *Youth MHFA*, junto con los cuestionarios de valoración pre-test, post-test y seguimiento. Todos recibieron el mismo tipo de atención a lo largo del estudio.

- Resultados: En la metodología vienen descritas todas las variables resultado a estudiar, tanto en qué consistían como el método en que iban a medirse. En su mayoría se usaron encuestas con preguntas de respuesta variable. Fueron medidas antes y después de la intervención. La variable resultado principal era el conocimiento en salud mental, mientras que las secundarias eran las actitudes derivadas del estigma, sus creencias en el tratamiento y la confianza en ofrecer ayuda, entre otras. No hubo ningún cambio mayor ni adición en las variables resultado del estudio tras el inicio del ensayo.

- Tamaño muestral: el tamaño muestral requerido fue estimado previamente de forma estadística, en base a otros ensayos clínicos similares anteriores. A partir de allí se estimó que el número de conglomerados (centros educativos) a necesitar serían 18 y, tras el reclutamiento, se consiguieron 16 centros.

- Aleatorización: Los conglomerados definidos fueron emparejados por características sociodemográficas similares, dentro de los cuales fueron designados al grupo control o al grupo intervención, por lo que la razón de asignación fue de 1:1. Los centros fueron avisados de a qué grupo pertenecían antes de empezar con la intervención, para poder organizarse. Fueron los autores, en colaboración con el Departamento de Educación y Servicios de los Niños, quienes asignaron aleatoriamente a los centros en cada grupo.



- Enmascaramiento: no era posible, puesto que se trata de una intervención, donde todos los participantes deben estar plenamente informados de ello. Los centros educativos debían estar informados del programa a realizar, tanto para participar como encuadrarlo en su calendario académico. Los estudiantes no estaban informados si los profesores de su centro habían recibido el curso, pero no hubo un método sistemático para cegarlos. Los instructores que realizaban el curso también eran conscientes del estudio, el programa y de a quién iba dirigido el estudio. El equipo que analizó los datos obtenidos lo realizó de manera individual, no según los conglomerados formados, de modo que desconocían a qué conglomerado o grupo pertenecían al realizar el análisis.
- Métodos estadísticos: el análisis de las variables se realizó por correlación de respuestas, tanto individualmente antes y después de la intervención como dentro de cada conglomerado. Por tanto, se usó un modelo de efectos mixtos para variables continuas y dicotómicas, comparando resultados entre pre-test VS post-test y pre-test VS seguimiento.

#### 4. RESULTADOS:

- Flujo de participantes: se realizó un diagrama de flujo para reflejar el flujo de participantes en cada paso del estudio. En él aparecen el número de conglomerados al principio, con sus respectivos participantes, quiénes recibieron la intervención y quiénes estaban en el grupo control, los excluidos de cada uno y quiénes fueron finalmente analizados en cada grupo. Las bajas en el estudio ocurrieron porque no participaron en la aleatorización de grupo o en las intervenciones. A nivel individual, ciertos participantes se perdieron porque no se documentaron entrevistas de seguimiento.
- Reclutamiento: en el artículo no aparecen las fechas de los periodos de reclutamiento y de seguimiento. Sin embargo, en el registro del ensayo sí aparecen descritas. No se interrumpió precozmente el estudio y finalizó tras el periodo de 6 meses de seguimiento estimado al inicio.
- Datos basales: en el artículo aparece una tabla con las características demográficas de los participantes del estudio, tanto profesores como sus alumnos.
- Números analizados: en el diagrama de flujo previamente descrito aparece el número de participantes analizados. Puesto que disminuyó el número en comparación con los inicialmente asignados en cada grupo y, teniendo en cuenta la diferencia de tamaño muestral entre cada grupo, los resultados finales se ven condicionados por ello e disminuye la potencia del estudio.

- Resultados y estimación: para cada resultado en cada variable, se tenía en cuenta un intervalo de confianza de 95% y el valor P, el cual debía ser menor a 0,05 para ser estadísticamente significativo.
- Análisis secundarios: no se realizó ningún análisis adicional que no fuera especificado desde el inicio del estudio.
- Daños: no se reportaron efectos adversos en el estudio.

## 5. DISCUSIÓN:

- Limitaciones: entre las limitaciones encontradas en el estudio, se encuentran la imposibilidad del enmascaramiento, que no todos los centros escolares fueron asignados aleatoriamente a un grupo y que, al analizarlo de manera global, los porcentajes de significación de algunas variables disminuyen (los autores lo adjudican a posibles errores de tipo 1). Además, se baraja la posibilidad de que ciertas respuestas de los participantes en relación al estigma estuvieran parcialmente sesgadas por lo que es socialmente aceptado.
- Generalización: la accesibilidad y factibilidad del programa y los resultados significativos obtenidos permiten la generalización de los mismos. En comparación con otros estudios que persiguen las mismas variables, este en particular afianza la eficacia de *Youth MHFA* como intervención sobre los profesores y su influencia en sus respectivos alumnos.
- Interpretación: en la discusión se comparan los resultados obtenidos con otros estudios clínicos previos, para dar mayor validez a los beneficios obtenidos y mayor relevancia a los nuevos hallazgos.

## 6. OTRA INFORMACIÓN:

- Registro: aparece correctamente registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Australia y Nueva Zelanda (traducción aproximada, cuyas siglas en inglés responden a ANZCTR).
- Protocolo: aunque no por completo, puede accederse al protocolo en el mismo artículo o en el ANZCTR, anteriormente mencionado.
- Financiación: fue provista por el Consejo de investigación australiano y la Asociación del Consejo de Investigación Médica y Salud Nacional.